

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE
(PROCÉDÉ DE WALTER WHITEHEAD)

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1896

PAR

Émile VARNIER

Né à Saint-Thibéry (HÉRAULT)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

Éditeur du Nouveau Montpellier Médical
40, RUE D'ALGER, 10

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	N....
id. Sarda (Chargé du cours)..	
Anatomie pathologique.....	N....
id. Bosc (Chargé du Cours).	
Microbiologie.....	N....

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	ESPAGNE, agrégé libre.
Pathologie externe.....	N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL.	MM. LAPEYRE.	MM. VALLOIS.
BROUSSE.	MOITESSIER.	MOURET.
SARDA.	BOSC.	DELEZENNE.
LECERCLE	DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÊDENAT, <i>président.</i>	MM. LECERCLE, agrégé.
IMBERT, professeur.	MOURET, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A la mémoire de mes regrettés Grands-Parents

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A Mademoiselle M. VIALA

E. VARNIER.

A Madame Veuve VIGUIER

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

E. VARNIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

E. VARNIER

PRÉFACE

Le sujet de la thèse que nous sommes appelé à soutenir aujourd'hui devant nos maîtres de la Faculté nous a été inspiré par notre professeur de clinique chirurgicale, M. Tédénat. Notre assiduité dans son service pendant notre stage, hélas trop court, était évidemment insuffisante pour nous permettre d'avoir une opinion arrêtée sur un chapitre de chirurgie, quel qu'il soit. Le traitement des épithéliomas de la langue n'était pas un sujet de nature à nous donner de l'audace. Assez rarement en effet, on voit opérer des cancroïdes de la langue. Bien heureusement pour nous, nous avons eu la bonne fortune de voir plusieurs malades atteints de ce genre de tumeur. Aussi notre appréhension s'est-elle de ce fait quelque peu amoindrie.

Comme l'indique le titre que nous mettons en tête de notre travail, nous ne nous occuperons nullement de l'histoire, de l'anatomie pathologique, du diagnostic, ni de l'étiologie du cancroïde de la langue. Ce serait pour nous une étude trop vaste. Nous voulons borner notre travail à l'étude de son traitement, des divers procédés opératoires. Dans l'exposition de la technique chirurgicale, nous serons obligé de faire une incursion dans l'historique de la question ; mais nous ferons nos efforts pour être aussi concis que possible. Nous devons ajouter que nous insisterons spécialement sur la description d'un procédé spécial, celui que nous avons vu constamment employer. C'est à la vulgariser, à démontrer sa supériorité, à poser ses

indications que nous mettrons notre science. Nous n'aurons certes pas la prétention de détrôner les procédés anciens, qui tous ont eu leur valeur à l'époque où ils ont été pronés et qui encore peuvent dans certains cas rendre des services. Mais maintenant que l'expérience est mieux faite dans ce chapitre de chirurgie, maintenant que les statistiques sont mieux établies, le *modus faciendi* de notre maître est peut-être celui qui est appelé à remplacer dans la majorité des cas les méthodes anciennes.

Dans un premier chapitre, nous essayerons d'établir les cas dans lesquels l'opération est urgente et rationnelle ; ceux, au contraire, dans lesquels le chirurgien, sans être pourtant désarmé, est obligé sinon de refuser une opération, du moins de faire comprendre à l'entourage l'inutilité d'une tentative vraiment chirurgicale. Pour ces derniers cas, le traitement palliatif seul s'imposera pour plusieurs motifs (contentement moral du malade, cessation des douleurs, diminution de la tumeur etc.). Nous ferons ressortir l'importance d'un diagnostic précoce, de l'abandon systématique d'un traitement médical.

Nous consacrerons un deuxième chapitre à l'étude des procédés anciens. Nous les divisons en trois classes suivant qu'ils s'attaquent à la langue par la voie buccale ou par des voies artificielles (voie maxillaire, voie sus-hyoïdienne). Nous avons essayé de mettre en lumière leurs inconvénients.

Les complications post-opératoires, si fréquentes autrefois avec les méthodes sus-hyoïdiennes et maxillaires, peuvent être de nos jours souvent évitées grâce à la trachéotomie, à l'emploi de la sonde œsophagienne et du pansement à la gaze iodoformée. Elles feront l'objet de notre 3^e chapitre.

Enfin, pour terminer, nous décrirons la technique d'un procédé relativement nouveau en France. Je veux parler du procédé de Walter Whitehead. Nous le croyons appelé à un grand avenir, car il favorise le succès du chirurgien pendant et après l'opération.

Avant d'entreprendre notre sujet, nous sommes heureux de témoigner notre profonde gratitude à M. le professeur Tédénat, qui nous fait aujourd'hui un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Puissent les leçons que nous avons reçues au lit du malade et surtout après chaque opération nous guider dans notre pratique. La simplicité qu'il mettait dans l'exposé des opérations que nous lui avons vu faire, l'humour dont il agrémentait la narration des faits de sa savante expérience, nous ont fait admirer souvent son talent. Nous consulterons toujours avec plaisir le petit bagage des connaissances que nous lui devons. Aussi nous ne saurions trop remercier l'éminent professeur chez qui nous avons toujours trouvé science et bonté.

Que M. le professeur Forgue reçoive aussi l'expression de l'intérêt que nous avons toujours pris à son enseignement. Nous n'oublierons jamais les heures agréables que nous avons passées dans son service chirurgical des enfants, alors que nous commençons à peine notre stage hospitalier.

Nous croirions manquer à notre devoir en n'exprimant pas tous les regrets que nous avons de quitter une Faculté où tous nos maîtres nous ont fait profiter tous les jours de leur enseignement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE
(PROCÉDÉ DE WALTER WHITEHEAD)

CHAPITRE PREMIER

Tous les médecins savent que l'épithélioma des muqueuses est plus malin que l'épithélioma de la peau. On ne sait peut-être pas aussi bien quelle est la malignité des épithéliomas de la langue. L'apparition de cette néoplasie, qui se fait généralement après l'âge de 40 ans, sauf de rares exceptions, bien plus souvent chez l'homme que chez la femme, n'est certes pas un certificat de longue vie. Les statistiques nous apprennent, en effet, que le sujet qui en est atteint est voué à une mort certaine à brève échéance. Dix à douze mois vont suffire, si on n'intervient pas, à arracher à une famille dont il est souvent encore le soutien, le malheureux patient. Une simple érosion, un petit bouton, un petit noyau induré que le malade sent lui-même dans l'intérieur de la langue par la pression avec les doigts va évoluer avec une

rapidité surprenante et conduire à la cachexie et à la mort un homme dont la santé paraissait à l'abri de toute atteinte. On a grand'peine, en effet, à croire à une malignité si grande. Le malade lui-même, peu incommodé par une lésion si futile au premier aspect, ne semble pas se préoccuper d'une fissure qu'il croit produite par les dents du voisinage. Il se contente d'un traitement médical que le médecin, du reste, a souvent le tort de prescrire.

« Quelquefois, a dit Verneuil, à la Société de chirurgie de 1880, les praticiens ont peur d'effrayer les malades et ne veulent pas leur parler d'une opération. Mais il faut bien savoir que la crainte de troubler le repos des malades fait que les dangers qu'ils courent sont décuplés... C'est une grosse erreur de dire que, si le traitement médical est inefficace, il est au moins innocent. Les essais de traitement médical ont quelquefois singulièrement aggravé la marche du mal. En ajournant l'ablation, ils ont fait perdre un temps précieux. Je vais plus loin et je prétends que l'iodure de potassium détermine souvent une stomatite qui est très pénible et qui ne se guérit plus ; que le mercure donne un coup de fouet à l'épithélioma et aux engorgements ganglionnaires consécutifs. Ce que j'ai dit de l'iodure de potassium et du mercure, je le dirai du chlorate de potasse..... Enfin, je n'ai pas besoin d'insister sur les effets désastreux des cautérisations superficielles et répétées dans les épithéliomas et les cancers ».

On comprend dès lors l'importance d'un diagnostic précoce pour expliquer à la famille les dangers auxquels le sujet porteur de la néoplasie est exposé, s'il ne se confie pas de suite aux mains d'un chirurgien.

L'excellente santé apparente du malade ne sera certes pas faite pour jeter la conviction dans l'entourage du patient. Mais ici, il ne faut pas craindre d'assombrir le tableau et de faire entrevoir la triste perspective de l'avenir. Le diagnostic bien fait,

le médecin ne doit pas tergiverser. Il ne reste plus au malade qu'une planche de salut. L'opération seule pourra le sauver.

Mais, dira-t-on, le malade ne souffre presque pas. Il n'acceptera pas l'opération. N'est-ce pas aux médecins que l'expérience a instruits de faire comprendre les dangers d'une attente prolongée ?

Entrepris au début, le traitement opératoire a donné des survies, que l'on peut presque considérer comme des guérisons. Gosselin s'exprime ainsi : « L'expérience prouve qu'une certaine proportion de guérisons s'obtient par l'intervention chirurgicale. Ainsi, sur 70 malades opérés par diverses méthodes et dont la maladie n'est pas de nature douteuse, comme l'a prouvé l'examen microscopique pratiqué dans tous ces cas, je trouve dans ma statistique que 7 d'entre eux étaient encore parfaitement bien, plus de dix-sept mois après l'opération, et la plupart d'entre ces 7 opérés restaient guéris plusieurs années après l'ablation de leur tumeur. Un malade succomba quatre ans seulement après l'opération par suite d'une maladie de toute autre nature. Dans un autre cas, la langue devint le siège d'une récurrence six ans après l'ablation du carcinome primitif. J'ai appris dernièrement que 2 autres malades compris dans mes 70 cas étaient encore vivants et bien portants, quoique chacun d'eux eût été opéré depuis plusieurs années déjà ». A la Société de Chirurgie de 1880, Trélat parle de trois de ses opérés qui restaient encore guéris après huit ans, six ans et cinq ans. Verneuil et à sa suite beaucoup de chirurgiens ont par devers eux des cas de guérison. Nous citons, à la fin de notre travail, plusieurs observations d'épithéliomas de la langue que M. Tédénat a opérés. L'un d'eux a été opéré il y a quinze mois.

Il faudrait bien cependant se garder de compter sur des résultats aussi heureux, si on n'intervient pas au début. Encore sur ce point tous les chirurgiens sont d'accord. Verneuil, à la Société de chirurgie de 1880, après avoir insisté sur l'ineffi-

cacité et le danger du traitement médical, est d'avis d'opérer seulement tout à fait au début. « Cette redoutable affection est curable quand elle est peu étendue et bien limitée, c'est-à-dire à ses débuts. Elle est curable par une opération facile et inoffensive. Plus tard, — et ce plus tard vient rapidement — lorsque les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont pris, tout traitement est impuissant ». Lefort, Trélat sont absolument de l'avis de Verneuil. Il est du reste facile de comprendre *a priori* que la plupart des chirurgiens acceptent ces conclusions. C'est, en effet, un principe en chirurgie que toute tumeur maligne doit être enlevée en totalité. Si minime que soit la portion malade laissée au milieu des tissus sains, c'est une amorce certaine pour la récurrence. Mieux vaut ne pas toucher à un néoplasme, si on ne doit pas l'enlever complètement. Tous les chirurgiens sont d'accord à ce sujet. Or dans quels cas le mal peut-il être enlevé en totalité. N'est-il pas évident *a priori* que c'est lorsqu'il est encore à son début ? L'intervention sera alors rationnelle et urgente. Puis, quand le mal aura creusé en profondeur, que l'infiltration aura atteint les couches intra-musculaires, les ganglions, ne sera-t-il pas trop tard pour opérer ?

Je sais bien que de nombreux procédés, qui sont tout à l'honneur de ceux qui les ont les premiers employés, ont eu la prétention d'élargir considérablement le champ opératoire pour ne rien laisser de suspect.

Par opposition à cette témérité, aujourd'hui on semble un peu revenu de cet enthousiasme de la première heure. Plus sages peut-être que leurs devanciers, instruits par l'expérience de ces derniers et par la leur propre, les chirurgiens sont beaucoup plus pessimistes à l'endroit d'une guérison dans les cas de lésions très avancées. Voici comment s'exprime Le Fort à la Société de chirurgie de 1880: « Oui, en opérant dans les cas de cancroïdes étendus, on peut donner une année de survie; mais quelle triste survie ! Les malades ne reviennent pas à la santé; la plaie est à

peine cicatrisée que de nouveaux bourgeons cancéreux apparaissent. On a fait une opération formidable et on n'a pas la consolation de voir son malade être soulagé seulement pendant deux mois. Ce sont précisément ces rapides récurrences qui m'engagent à m'abstenir d'opérer». Jacobson, à son tour, pose nettement deux contre-indications à toute opération : la première est l'envahissement de la chaîne des ganglions carotidiens par la néoplasie; la seconde résulte de la propagation du cancroïde au pharynx et au maxillaire déjà commencée. Voici enfin l'opinion de Mollière dans une de ses cliniques de l'année 1888: «Dans le but de faire autant que possible des ablations complètes, on a proposé toute une série d'opérations préliminaires. En premier lieu, la perforation du cou pour pouvoir passer la chaîne de l'écraseur, puis la ligature des linguales, dans le but d'avoir une plaie exsanguée. Sédillot pratiquait l'ostéotomie du maxillaire inférieur pour se donner du jour; d'autres ont fait la résection du maxillaire inférieur. On a même quelquefois pratiqué la trachéotomie pour éviter l'hémorrhagie dans la trachée et faire, par la canule, l'éthérisation. — A quoi bon, Messieurs, je vous le demande, tous ces délabrements chirurgicaux? Qu'avez-vous à espérer de semblables moyens puisqu'en somme vous ne guérissez pas votre malade? Vous prolongez seulement sa vie et souvent pour un court laps de temps. Vous avez affaire à une constitution que le cancer a le plus souvent déjà minée et vous pratiquez des opérations longues, douloureuses et dont le malade n'aura pas le temps de constater les bénéfices. Il n'en sera que les inconvénients pendant les quelques semaines qui lui restent à vivre. Mieux vaut une existence tranquille et courte qu'un séjour indéfini dans un lit de douleur pour attendre la cicatrisation d'une plaie qui ne sera parfaite que quelques jours avant la récurrence. Je me prononce donc formellement contre toute opération préliminaire, car il ne faut pas perdre de vue que fatalement toute intervention ne peut être que palliative : 57 semaines de survie en moyenne».

Mollière fait donc ainsi le procès des grandes opérations destinées à enlever un épithélioma très étendu du plancher de la bouche, et la principale raison qu'il en donne, c'est la courte survie que le chirurgien le plus audacieux peut ainsi donner à son malade. Les statistiques prouvent que la récurrence est la règle dans ces cas qui nécessitent des opérations préliminaires c'est-à-dire des opérations ayant pour but d'en faciliter d'autres. Dans ces cas en effet, elle survient de 6 à 8 mois après l'opération et souvent même plus tôt.

Je ne puis résister au désir de faire une nouvelle citation du traité de Reclus, intitulé « *Clinique et critique chirurgicales* » paru en 1884. Des noms de chirurgiens d'une si grande valeur donneront plus de poids à mes affirmations. En parlant des cancéroïdes de la langue ayant acquis un grand développement, il dit : « Presque toujours, la récurrence survient avant la réparation de la plaie. Aussi serions-nous tenté de dire : quand les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est seule indiquée, peut-être serait-il plus sage, s'il n'existe quelque grave complication, — hémorrhagie, douleurs intolérables — qui force la main du chirurgien, peut-être serait-il plus sage d'abandonner le malade à son sort déplorable. Il est triste, décidément, d'opérer les cancéreux ! et les illusions de jeunes chirurgiens sont de courte durée ! »

Nous pourrions résumer rapidement ces courtes considérations. Lorsque le cancer est récent, bien limité, une large opération est parfois excellente. MM. Trélat, Verneuil, Tillaux, Duplay, Panas, nous, d'autres encore en ont cité de beaux exemples. Lorsque la tumeur n'occupe que la moitié antérieure de la langue, lorsque l'engorgement ganglionnaire commence à peine, on peut encore espérer par les vastes opérations que nous venons de décrire, une assez longue survie. Mais quand les lésions s'avancent jusqu'aux piliers antérieurs, qu'il y a des deux côtés dégénérescence ganglionnaire, il faut qu'une complication grave vienne forcer la main, sans cela mieux vaut s'abstenir ».

Mais alors, nous dira-t-on, faut-il abandonner ces pauvres malheureux, qui viennent consulter trop tard un chirurgien, aux souffrances atroces du cancer de la langue ? Doit-on les laisser mourir empoisonnés par la sécrétion purulente de leurs ulcérations, par la fièvre hectique ? Ne doit-on pas avoir compassion de ce malade dont la présence importune même sa famille, tant est grande la fétidité de son haleine ! Certes, il faudrait être bien peu humain pour refuser de soulager les souffrances d'un malheureux. Mais comment devra-t-on agir ? Mollière vient de nous le dire. Les grandes opérations comportant de grands délabrements sont inutiles, et on peut, à moins de frais, faire un traitement palliatif dont le malade sera satisfait. Dans les cas, par exemple où la tumeur gênera considérablement le malade, en amenant de la dysphagie, on fera la ligature des deux artères linguales. « Je crois, dit Mollière, cette opération excellente dans certaines circonstances. Pratiquée d'après les règles du manuel opératoire ordinaire, cette ligature est très facile, très rapide. On peut la faire sans anesthésie en quelques minutes. Elle est très consolante et sans aucune gravité. Quand le cancer est vasculaire, très volumineux, quand il remplit la bouche, la ligature des linguales produit un affaissement immédiat. Un de nos opérés, qui était près d'être asphyxié tant le néoplasme était volumineux, put causer et même chanter le lendemain de l'opération. Il se croyait guéri ». Dans un cas de cancer occupant la moitié droite de la base de la langue, Demarquay pratiqua la ligature de la linguale à la région sus-hyoïdienne. Au bout de quelques jours, la tumeur était considérablement affaissée, et on avait ainsi mis fin aux hémorrhagies. Malheureusement, comme le dit Loison dans sa thèse, l'amélioration rapide qu'on obtient après la ligature des artères dure à peine un mois ou deux dans la majorité des cas ; le cancer reprend sa marche et la mort arrive bientôt.

La section du nerf lingual sera utile dans certains cas pour calmer les douleurs. Elle a été faite d'abord par Hilton, en 1850.

Ch. Moore l'a répétée ensuite plusieurs fois. D'après cet auteur, cette section est seulement applicable aux cas dans lesquels les douleurs sont très violentes, par exemple, dans les cas de cancer de la base de la langue. Elle supprime la douleur et diminue la salivation.

La trachéotomie pourra à son tour être indiquée pour combattre les accidents de suffocation. Demarquay, qui l'a pratiquée, conseille (*Gazette des Hôpitaux*, 1862) de ne pas attendre que les crises d'asphyxie soient subintrautes.

Dans ces conditions, en effet, il y a à craindre un écoulement de sang veineux dans la trachée. Dans les archives de Langenbeck (Tom. XXVIII, pag. 511), Michael a fait paraître une observation d'un sexagénaire qu'il opéra en 1881, à la fin octobre, et qui avait déjà subi avec succès la trachéotomie pour des accidents de suffocation, le 1^{er} septembre de la même année.

Enfin, à côté de ce traitement palliatif chirurgical, on doit signaler un traitement palliatif médical. Pour éviter au malade l'auto-intoxication par la sécrétion purulente, on fera de fréquents lavages de la bouche avec une solution étendue de chloral par exemple, ou avec tout autre antiseptique. Un moyen qu'il ne faudra pas négliger consiste dans l'emploi de petits sachets contenant de l'iodoforme, qu'on place dans la cavité buccale et qu'on renouvelle de temps en temps. L'iodoforme semble être ici l'antiseptique de choix ; il serait capable à lui seul de prévenir les pneumonies, si fréquentes, à la suite de cancers étendus de la bouche. Si la langue est fixée par des adhérences au plancher de la bouche, on nourrira le malade au moyen d'une sonde en gomme enfoncée à travers les fosses nasales jusque dans l'œsophage. Krishaber et Verneuil ont prouvé par des observations personnelles relatées le 2 mars 1881, à la Société de chirurgie, l'innocuité d'une pareille pratique.

Les lotions alcalines (eau de Vals ou de Vichy), les injections de cocaïne ou de morphine, rendront aussi de grands services à

ces malades. Au lieu de faire ces dernières en un point quelconque de la peau, Gosselin recommande de les faire dans la bouche, dans les parties restées saines et toujours du côté de la face dorsale. L'effet calmant serait ainsi plus satisfaisant et plus rapide.

En résumé, l'impuissance du chirurgien vis-à-vis de ces cas désespérés fait assez bien comprendre, il me semble, l'importance capitale d'un diagnostic précoce.

C'est, en effet, lorsque les ganglions carotidiens ne sont pas encore envahis, que la langue n'est pas encore fixée solidement au plancher de la bouche par des adhérences, que le maxillaire ou le fond de la gorge ne sont pas encore atteints que l'opération s'impose. Les statistiques prouvent en effet qu'à ce moment l'intervention est toujours utile, car elle donne, quand les résultats immédiats de l'opération ont été bons, ce qui est maintenant la règle, une survie de 10 mois, au minimum, et cela sans souffrances.

C'est en effet la conclusion de Th. Anger dans sa thèse d'agrégation, de 1872. Ce chirurgien a observé 7 cas d'épithélioma de la langue non traités. Anger conclut que la durée moyenne de la vie chez ces sept malades fut de 14 mois. Au contraire, en prenant la moyenne de survie des opérés, il affirme que ces derniers ont eu leur vie prolongée de 10 mois, c'est-à-dire qu'ils ont vécu deux ans. Encore doit-on ajouter pour être complet que ces opérés ont vécu des jours infiniment plus heureux que ceux chez qui le mal a été laissé à son évolution naturelle. D'ailleurs, dans ces cas malheureux, on aura au moins la consolation d'avoir tenté une opération qui pouvait donner de meilleurs résultats, comme le prouvent la statistique de Gosselin, celle de Trélat, de Verneuil, etc., dont nous avons déjà parlé.

Aussi quand un malade âgé de plus de trente ans et surtout de quarante ans se présentera à l'examen du médecin et attirera son attention sur une lésion ulcéreuse de la langue, celui-ci

devra l'examiner avec un soin scrupuleux. Il ne devra surtout pas s'attarder à essayer un traitement antisyphilitique ou en général d'ordre médical. Sous cette influence, en effet, comme sous celle des cautérisations, nous l'avons déjà dit, le mal prend une marche insolite, les ganglions sont envahis par le tissu néoplasique, et on transforme ainsi en peu de temps une lésion curable en une lésion irrémédiable. C'est surtout avec la gomme et les ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses que le diagnostic s'impose. Il faudra étudier avec soin les anamnétiques, tout en se rappelant que les ulcérations tuberculeuses de la langue ne sont l'apanage dans l'immense majorité des cas que de tuberculeux avérés, arrivés à la période de consommation. Il est rare aussi que la syphilis localisée à la langue n'ait pas déjà laissé sur le corps des traces indélébiles. Du reste, si l'on était quelque peu embarrassé, le microscope lèverait tous les doutes. L'ablation d'un petit fragment de la tumeur n'aurait aucun inconvénient, à condition d'opérer immédiatement le cancroïde reconnu. Cela vaudrait infiniment mieux que les attouchements au nitrate d'argent ou avec tout autre caustique et que l'administration d'un traitement spécifique. En effet, les grands inconvénients de ces dernières méthodes dans les cas de cancroïde ne sont pas à comparer au léger désagrément que pourra causer au malade l'ablation d'une petite parcelle du mal dans les cas d'erreur, toujours possible il est vrai. Dans ces dernières éventualités, les attouchements avec les caustiques pour les lésions tuberculeuses, le traitement spécifique pour celles qui sont syphilitiques, répareraient vite la perte de substance.

CHAPITRE II

Il ressort de tout ce que nous venons de dire :

1° Qu'il faut faire le diagnostic d'épithélioma le plus tôt possible ;

2° Que, pour faire ce diagnostic, il ne faut pas employer le traitement médical, mais à la rigueur l'examen microscopique ;

3° Que, le cancroïde reconnu, il faut opérer immédiatement ;

4° Enfin que les épithéliomas ayant envahi les ganglions carotidiens, occupant le maxillaire inférieur ou l'arrière-gorge sont justiciables du traitement palliatif.

Supposons-nous donc en présence d'un malade, atteint d'un épithélioma, siégeant sur des bords de la langue. Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens ne sont pas encore pris d'une manière apparente. Que devra se proposer le chirurgien pour faire une opération idéale ?

Nous poserons d'abord comme axiome que, la langue une fois envahie, il faut l'enlever en totalité, si c'est possible.

Ce précepte de l'ablation complète de l'organe, applicable aux cancers de la langue, de la mamelle et du testicule, nous a souvent été répété par M. Tédénat. Il résulte, en effet, des observations de Follin et Heurtaux, que le cancroïde de la langue est toujours précédé dans sa marche envahissante par une néoplasie

cellulaire, qui s'infiltré au loin, en suivant la direction des fibres musculaires, des vaisseaux et des nerfs. Voici du reste ce que nous lisons sur la thèse de Trédos : « Sur 17 cas dont il a fait l'analyse histologique, M. Tédénat a toujours trouvé de l'épithélioma et jamais le carcinome, tel que le définissaient Cornil et Ranvier. — L'étude histologique rend bien compte des récidives. A deux centimètres et demi des limites apparentes du mal, M. Tédénat a trouvé des flots de cellules épithélioïdes, dont rien, à la coupe macroscopique, n'annonçait la présence. Dans ce cas, la récidive eut lieu au bout de trois mois. Les lésions des nerfs lingual et hypoglosse sont bien intéressantes, mais encore peu étudiées. Dans un cas, M. Tédénat a trouvé des renflements sur la partie extra-linguale du lingual. A la coupe, ces renflements étaient constitués par des éléments embryonnaires, ayant à leur centre des cellules épithélioïdes très nettement caractérisées. Les nodules siégeaient sur la gaine externe du nerf, dont quelques filaments avaient seuls subi une atteinte profonde (boules myéliniques, multiplication des noyaux).

Souvent, M. Tédénat a vu des amas épithélioïdes dans les ramifications nerveuses intra-linguales. Dans l'un et l'autre cas, ces altérations nerveuses expliquent les douleurs vives (clinique du mois de mai 1884). »

Je sais bien qu'à propos de la langue, on a dit que cet organe est séparé en deux moitiés par une cloison, le septum lingual. Je sais aussi qu'il y a dans la science des cas où, après l'ablation partielle de la langue, la récidive a été tardive à apparaître. Témoin le cas de Panas dont parle Reclus dans son livre *« Clinique et critique chirurgicales »*. Il s'agit ici d'un cancroïde ulcéré, d'une étendue de 3 centim. environ. La langue fut dédoublée au thermocautère et une seule moitié de l'organe fut enlevée. Cinq ans après, la guérison était encore parfaite. C'est là, il faut l'avouer, un cas bien exceptionnel, et du reste les chirurgiens et les anatomistes sont loin d'admettre à l'unanimité l'existence

d'une barrière infranchissable, qui ne serait autre chose que le septum lingual. Ainsi donc, nous sommes d'avis de rejeter de parti-pris les opérations partielles sur la langue, quand il s'agit, bien entendu, du mal qui nous occupe.

Mais alors surgit une difficulté nouvelle : la crainte de l'hémorrhagie. Plus on approche de la base de la langue, en effet, plus celle-ci est vasculaire. A ce niveau, les artères dorsales de la langue s'anastomosent largement entre elles, et il ne sera plus facile, semble-t-il, d'aller arrêter une grosse perte de sang à travers l'ouverture si étroite de la bouche. Rien n'est plus périlleux cependant que de laisser se produire une hémorrhagie dans cette région. Le sang peut en effet couler dans la trachée et envahir les bronches.

Ainsi donc, d'une part, il ne faut pas se contenter des ablations partielles et l'on fait ainsi table rase des incisions cunéiformes de Boyer et de Percy ; d'autre part, il faut pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie qui se produira inévitablement au fond de la gorge, quand on fera l'ablation complète de la langue.

DESCRIPTION DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

D'après Wœlfler (Archives de Langenbeck, tom. XXVI, pag. 324), Pimperlle serait le premier qui aurait entrepris l'amputation de la langue. Voici d'autre part ce que raconte Thomas Bartholinus, professeur à Copenhague (1616-1680), dans une description de macroglossie. Valæus lui aurait parlé d'une jeune fille qui avait une langue aussi grosse que la paume de la main. L'organe ne pouvant pas être reçu dans la bouche, le médecin en avait retranché le superflu. On ne peut pas savoir, ajoute Wœlfler, si cette dernière opération a été faite avant celle de Pimperlle, à cause du manque de date. Cette opération, les cas connus de langues devenues carcinomateuses, la communi-

cation d'un cas d'absence congénitale de la langue, démontraient jusqu'à la persuasion que la privation de ce dernier organe n'entraîne pas la perte de la parole.

Pour résoudre la question de savoir si l'extirpation du cancer de la langue ne devait pas faire craindre une hémorrhagie mortelle, Wœlfier cite des exemples de fanatisme religieux. On lit : Dyonisius Gothofredus raconte que Hunérich, roi des Vandales, faisait couper en 484 la langue aux chrétiens qui se refusaient à accepter la croyance d'Arius. Les opérés considéraient comme une marque de la grâce divine le fait de pouvoir entreprendre leurs prédications d'une façon compréhensible, malgré ce châtiment.

Mollière, dans une de ses cliniques de l'année 1888, dont nous avons déjà parlé, rapporte l'exemple précédent de Wœlfier. Puis il ajoute : « En 1828, nous pouvons relater une exécution analogue, faite en Perse, puis, plus récemment par les ordres du Khan*** dont les suppliciés ont été vus par M. Malcolm, envoyé de la Compagnie des Indes. Le colonel Churchill nous a fait connaître, après l'avoir vu lui-même exécuter, le mode opératoire des bourreaux de l'émir Béchir dans le Liban. Ceux-ci introduisaient un crochet sous la langue pour l'attirer au dehors et la tranchaient simplement avec une lame soigneusement affilée. Tous ces patients auraient donc dû mourir fatalement d'hémorrhagie, à en croire les classiques. — Eh bien, Messieurs, pas un ne succomba ; tous guérèrent rapidement. »

Un peu plus loin, Wœlfier attribue à Petrus de Marchetti, professeur de chirurgie à Padoue l'honneur d'avoir le premier extirpé un cancer de la langue, en 1664, à un noble de Véronèse. Louis, professeur de chirurgie à Paris en 1774, avait entrepris à l'Académie des Sciences de fournir la preuve que la perte entière de la langue ne privait pas de la parole et de montrer la possibilité de l'amputation entière de l'organe. Il avait déjà, en 1759, enlevé lui-même, à l'hôpital de la charité, un fongus de la langue.

Comme on le voit, d'après ces quelques lignes empruntées au chapitre que Wœlfler a consacrées à cette question, la crainte de l'hémorrhagie et de la perte absolue de la parole constituant les deux principales préoccupations des chirurgiens de cette époque reculée. Par contre, il est facile de se convaincre par les exemples de l'auteur allemand et de Mollière (de Lyon) que les dangers de l'hémorrhagie ne sont pas aussi redoutables qu'on le croyait.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA LANGUE PAR LA VOIE BUCCALE

1° ABLATION A L'AIDE DE L'INSTRUMENT TRANCHANT. — A partir du XIX^e siècle, les chirurgiens essayent de créer une technique opératoire spéciale. Boyer et Percy, mal inspirés à notre avis, imaginent chacun un procédé pour enlever parcimonieusement les tumeurs cancéreuses de la langue. Ils faisaient l'un et l'autre une incision en V à sinus antérieur (Boyer) ou à sommet antérieur (Percy), avec le bistouri ou les ciseaux, comme on le fait encore actuellement pour les néoplasies peu étendues de la lèvre inférieure. Trois points de suture, l'un sur la face dorsale, l'autre sur le bord, le troisième à la face inférieure de la langue, suffisaient à obtenir la réunion immédiate. Ils n'avaient point à redouter ainsi ni l'hémorrhagie, ni la perte de la parole.

Ces deux procédés peuvent de nos jours être employés d'une manière rationnelle contre la macroglossie ou bien encore peuvent servir à extirper des tumeurs bénignes de la langue, (fibrome, lipomes).

Procédé de Péan-Richelot. — Dans ce procédé, on se sert de trois longues pinces spéciales, dont les mors portent à leur face interne des pointes destinées à empêcher le glissement des branches après leur application.

Ces pinces, qui portent du reste en chirurgie le nom de pinces

de Richelot, sont ainsi placées : la 1^{re} est enfoncée transversalement derrière le cancroïde ; la 2^e est appliquée dans le sens antéro-postérieur de la langue, toujours un peu loin des limites du mal ; la 3^e est placée au-dessous de la tumeur et la sépare du plancher de la bouche. Le mal étant ainsi circonscrit, le chirurgien incise la langue le long des pinces, soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri.

L'opération dure à peine quelques minutes. Les pinces sont laissées à demeure 24 heures. Cette pratique est douloureuse ; elle produit en outre la mortification des tissus comprimés. Pour éviter ces inconvénients, Richelot propose de fermer la plaie par des sutures immédiatement après l'excision de la partie de la langue malade. L'hémostase est ainsi assurée, et on peut retirer les pinces. « Supposez les trois pinces placées ; chacune d'elles, une fois la tumeur enlevée, étrangle un bourrelet du tissu lingual qui porte une surface cruentée. Passez en arrière de cette plaie, au ras des deux premières pinces, une série de crins de Florence, verticaux, rapprochés. Nouez-les de manière à unir les deux lèvres de la plaie et enlevez les pinces. S'il y a encore un peu d'hémorrhagie, appliquez de nouveaux points intermédiaires. Pour vous débarrasser de la troisième pince, jetez un fil de soie au-dessous et liez. »

Cette méthode a l'inconvénient de tous les procédés qui ne tendent pas à faire l'ablation complète de la langue et est par cela même passible des mêmes reproches que la méthode Boyer-Percy. Il faut reconnaître cependant que la pratique de l'hémostase avec des pinces spéciales est d'une remarquable ingéniosité. Malheureusement, on est obligé de laisser ces pinces à demeure ou bien de faire la suture de la surface cruentée. Il y a là un inconvénient ou une difficulté dont nous avons pu nous rendre compte dans le service de M. le Professeur Forgue, à propos de la cure d'un varicocèle par l'ablation d'une certaine quantité de la peau des bourses. Ici encore, on se sert des pinces de

Richelot et on fait la suture comme vient de le recommander ce chirurgien.

La suture, déjà très méticuleuse dans cette dernière opération, serait sans doute très difficile à travers l'orifice étroit de la bouche.

Procédé de Rubio (de Madrid) (Congrès international des sciences médicales de Berlin, 1890). Cet auteur saisit la langue avec une forte pince de Museux et l'attire au dehors. Puis, soulevant la langue de la main gauche, il enfonce un long couteau de bas en haut à travers la partie médiane de l'organe. La pointe de la lame ayant traversé la langue de part en part, le chirurgien divise la langue d'arrière en avant en deux parties égales. Cetemps de l'opération, dit Grellety dans sa thèse, produit en même temps l'inhibition de la douleur et de la circulation, de telle sorte que l'hémorrhagie est peu abondante et la douleur presque nulle. On saisit alors la moitié droite de la langue avec la pince et on la sectionne à la base avec un couteau spécial, en forme de coin.

Cette incision transversale ne devra pas avoir plus de 2 centim. de profondeur pour ne pas atteindre l'artère linguale à ce niveau. On va alors à la recherche de l'artère, que l'on lie. On fait de même de l'autre côté.

Cette méthode nous semble être bien préférable aux précédentes.

Ici nous devrions décrire le procédé de Walter Witehead. Nous lui consacrerons un chapitre spécial à la fin de notre travail.

2° ABLATION PAR LES CAUSTIQUES. — Nous ne citerons que pour mémoire la méthode de Girouard (*Archives générales de Médecine*, 1857). Maisonneuve (*Académie des Sciences*, septembre 1858) a souvent employé ce procédé, dont il a été un partisan enthousiaste. La langue étant attirée au dehors, on circonscrit la tumeur par une ligne de ponctions dans chacune desquelles on

introduit une flèche de pâte de Canquoin. Le centre de la tumeur est lui-même lardé de ces flèches de chlorure de zinc.

3° ABLATION PAR LA LIGATURE LENTE OU PROGRESSIVE. — La ligature lente, complètement abandonnée de nos jours, peut se pratiquer directement par la bouche. Nous la retrouverons encore, quand nous étudierons les procédés d'exérèse de la langue par la voie sus-hyoïdienne. Mayor, Récamier, Blandin, Maingault, ont exécuté cette ligature de langue directement par la voie buccale. Les procédés de ces chirurgiens sont à peu près identiques. Voici celui de Mayor, tel que l'a décrit Vidal de Cassis dans son *Traité de pathologie externe* : « Voici comment se comporta ce chirurgien dans un cas où la moitié seulement de la langue était malade. Elle fut saisie et attirée au dehors avec une érigne, traversée de haut en bas et sur la ligne médiane avec un bistouri droit et coupée d'arrière en avant. La langue ainsi divisée en deux portions, celle qui était cancéreuse fut embrassée par une ligature, laquelle fut progressivement serrée avec le serre-nœud de Mayor ».

Cette méthode de la ligature a de très graves inconvénients que nous étudierons un peu plus tard avec les procédés se pratiquant par la région sus-hyoïdienne.

Pratiquée par la voie buccale, elle a le grand désavantage de ne pas faire la section de la langue au niveau de sa base.

4° ABLATION PAR LA LIGATURE EXTEMPORANÉE. — En 1854, Chassaignac employait un procédé nouveau pour l'extirpation de la langue, qui supplanta immédiatement le précédent.

L'instrument qu'il imagina sous le nom d'écraseur linéaire, destiné à des applications multiples, fut employé pour faire l'éradication de la langue cancéreuse par la voie buccale, sans opération préliminaire. La description de ce procédé a été faite dans un traité spécial : *Traité de l'écrasement linéaire*. L'application de cet appareil, faite au moyen d'une brèche créée dans la

région sus-hyoïdienne, permettant d'enlever la langue presque en totalité, sera décrite dans le paragraphe suivant. Aussi nous contentons-nous de signaler ici la possibilité de l'emploi de la méthode à travers l'ouverture naturelle de la bouche.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA LANGUE PAR LA VOIE
BUCCALE, MAIS APRÈS OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

L'ouverture de la bouche fut bientôt reconnue insuffisante pour atteindre les néoplasmes occupant la partie postérieure de la langue. Dans les archives de Langenbeck, on trouve signalé un procédé qui a au moins le mérite de l'originalité.

Procédé de Little. — Ce procédé est destiné à produire l'ampliation ultra-physiologique de l'orifice buccal par la luxation en avant des condyles du maxillaire. On soumet le patient à l'action du chloroforme pour produire le relâchement des muscles masticateurs. Le chirurgien, s'étant placé derrière la tête du malade, applique la face palmaire des deux pouces sur les molaires du côté droit et du côté gauche, en même temps que les faces palmaires des deux premières phalanges de l'index et du médius sont appliquées derrière l'angle de la mâchoire. Si l'on combine une pression pratiquée par le pouce dans la bouche, avec une pression de l'index et du médius en avant et en haut, on produit la luxation du maxillaire inférieur. Dès lors, la bouche est largement ouverte et le chirurgien peut opérer à son aise.

Procédé de Jæger. — En 1831, Jæger avait déjà imaginé de fendre transversalement la joue à partir de la commissure jusqu'au muscle masséter, d'un côté. Cette opération préliminaire donnait beaucoup de jour et d'espace et permettait ainsi d'arrêter l'hémorrhagie facilement. Maisonneuve, en 1858, imita la conduite de Jæger ; mais, au lieu de fendre la joue d'un seul côté,

il agrandit l'orifice buccal par deux incisions, partant l'une de la commissure droite, l'autre de la commissure gauche et aboutissant toutes les deux au bord antérieur du muscle masséter de chaque côté. Plusieurs petits vaisseaux, fournis par les artères faciale, transversale de la face et maxillaire interne, compris dans la section sont liés. Malgré la grande vascularité de la joue, l'hémorrhagie est peu à redouter. La langue est attirée au dehors avec une pince de Museux, et on dissèque la tumeur petit à petit, afin de lier les artères au fur et à mesure qu'elles sont coupées. L'opération terminée, on fait deux sutures sur les joues, l'une à la face interne avec des fils séparés, l'autre à la face externe, généralement au moyen de la suture entortillée.

On peut reprocher à ce procédé : 1° de produire la section des filets nerveux de la 7^e paire (branches du cervico-facial) qui se rendent au carrefour musculaire de la commissure des lèvres. Il en résulte une paralysie disgracieuse qui a quelques chances de persister ; 2° d'exposer le chirurgien à sectionner le canal de Sténon ; 3° de produire une cicatrice que la barbe masquera chez l'homme, mais qui sera visible chez la femme.

Procédé de Collis. — Pour éviter ces inconvénients, voici ce qu'a imaginé Collis. A une distance de un quart de pouce de l'angle de la bouche, il fit à la lèvre inférieure, de haut en bas, une section longue de un demi-pouce. Puis il dirigea une incision en arrière et légèrement en haut, aboutissant à la dernière molaire du maxillaire inférieur. Il entama d'abord la peau, puis le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, mettant une pince hémostatique sur chaque vaisseau ouvert, coupant au besoin la faciale, entre deux ligatures pour ménager le sang autant que possible. Arrivé sur la muqueuse, il ne l'incise qu'après avoir lié les vaisseaux, afin de pouvoir se débarrasser des pinces. L'opération terminée, il recherche la réunion immédiate par la suture entortillée.

Procédé de Maunoury. — Ce procédé n'est autre chose que celui de Collis perfectionné. L'incision verticale, partant de la lèvre inférieure, aboutit au niveau du bord inférieur du maxillaire. De là, le bistouri suit le bord inférieur de l'os. On peut ainsi vider la loge sous-maxillaire si on y trouve des ganglions indurés. En prolongeant cette dernière incision de bas en haut, le long de l'angle de la mâchoire, on peut également vérifier l'état des ganglions carotidiens. En outre, l'opération terminée, on peut introduire un drain dans la bouche et assurer ainsi l'écoulement des mucosités et du sang de cette cavité. Le procédé de Maunoury nous amène tout naturellement, on le voit, à la description des méthodes qui ont pour but l'exérèse de la langue par la voie sus-hyoïdienne.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA LANGUE PAR LA VOIE SUS-HYOÏDIENNE.

Dans ces différents procédés, on ne se propose plus d'attaquer la langue par l'ouverture buccale agrandie par les incisions précédentes. Ici au contraire, on va créer une brèche, un hiatus dans la région sus-hyoïdienne. Par cette ouverture ainsi faite artificiellement, on passera un fil, une chaîne d'écraseur, l'anse galvanocaustique, qui devront enserrer la langue à sa base, ou bien on attirera la langue au dehors pour la sectionner.

1° ABLATION PAR LA LIGATURE LENTE OU PROGRESSIVE.

Procédé de Cloquet. — En 1829, ce chirurgien, ne pouvant pas placer une ligature par la bouche suivant le procédé de Mayor, à cause de l'étendue du cancer qu'il avait à opérer, imagina la technique suivante. Il fit une incision sur la ligne médiane du cou, au-dessus de l'os hyoïde.

Il fit alors pénétrer par cette plaie une grande aiguille courbe, analogue à celle de Cooper. En reportant le manche en arrière,

la pointe de cette aiguille, qui venait ainsi de traverser la langue sur la ligne et tout près de l'épiglotte, arrivait à toucher les arcades dentaires. Cloquet passa alors un fil double dans l'œil de l'aiguille qu'il fit ressortir par la plaie de la région sus-hyoïdienne. Il y avait de ce fait une extrémité de ce double fil dans la bouche et une au cou. On fit pénétrer alors une seconde fois l'aiguille à travers la région sus-hyoïdienne, par la même incision. Cette fois, l'aiguille pénétra dans la bouche entre la langue et les arcades dentaires.

On passa dans l'œil de cette aiguille les deux chefs qui étaient restés dans la bouche. On retira l'aiguille, qui entraîna ainsi les deux chefs. Une moitié de la langue fut donc embarrassée par deux anses de fil. On en laissa une serrer transversalement cette moitié, l'autre fut ramenée dans une fente longitudinale que Cloquet avait préalablement pratiquée sur la langue, en incisant d'avant en arrière. Ce côté de la langue se trouva ainsi complètement entouré par une anse de fil. On serra les ligatures par la voie sus-hyoïdienne avec un serre-nœud pour faire une ablation lente de l'organe.

Le procédé de Mirault, d'Angers, ne me paraît pas mériter une description spéciale. Il ressemble beaucoup au précédent.

Procédé de Vidal de Cassis. — Voici la description de ce procédé, écrite par l'auteur lui-même dans son *Traité de pathologie externe*. « Je me sers d'une grande aiguille droite montée sur un manche. Elle est terminée en fer de lance ; vers sa pointe est un œil. Si l'on ne doit lier qu'une moitié de la langue, on passe dans cet œil un seul fil très fort. Après avoir saisi la langue par sa pointe et l'avoir tirée le plus possible en avant, on enfonce l'aiguille au-dessus de l'os hyoïde. Plus le mal est avancé vers la base, plus la pointe de l'aiguille est portée en arrière. Après avoir traversé la langue de bas en haut, la lance paraît dans la bouche avec l'anse de fil qu'elle porte ; au cou pendent les deux bouts ; on les confie à un aide. Le chirurgien saisit le manche

de l'aiguille avec la main gauche ; au moyen d'une pince à disséquer tenue de la main droite, un fil est saisi dans la bouche, il est retiré en dehors de cette cavité et confié à un autre aide. Il n'y a plus qu'un fil au cou : alors le chirurgien tire un peu l'aiguille vers cette région comme s'il voulait la faire sortir, mais, la pointe une fois parvenue au-dessous de la langue, on la pousse de nouveau en haut et en dehors, et la lance paraît sur un côté entre le pilier antérieur du voile du palais et le bord de la langue. Avec les mêmes pinces à disséquer, on tire de l'œil de l'aiguille le bout du fil qui pend encore au cou. Alors l'instrument est libre, il est retiré tout à fait par le cou. On lie les deux bouts du fil ou on les passe dans un serre-nœud. — Si le cancer occupe toute la langue, on peut faire une double ligature qui étreindra les deux portions de la langue : alors on passe deux fils dans l'œil de la lance ; un d'eux sera noir, l'autre blanc.»

En somme, tous ces procédés de ligature par la voie sus-hyoïdienne sont infiniment préférables à ceux que l'on pratique directement par la voie buccale. En effet, au lieu de limiter leur action à la pointe de la langue, ils détachent cet organe tout à fait à sa base. Mais il n'en est pas moins vrai qu'en bloc tous ces procédés de ligature sont détestables et doivent céder aujourd'hui le pas à des méthodes plus chirurgicales. — D'après Chassaing (Traité de l'écrasement linéaire, 1856), une portion de langue serrée par une ligature agissant avec le secours de tous les serre-nœuds imaginés jusqu'ici, ne met guère moins de huit jours à se détacher complètement. Le tissu compris dans la ligature est en pleine décomposition. On peut, il est vrai, diminuer l'action toxique de ce foyer d'empoisonnement en faisant des lavages abondants et répétés. Et encore ne faut-il pas compter avec l'hypersécrétion glaireuse qui se produit dans toute la bouche et qui annihile l'action des antiseptiques ? Peut-on également ne pas interrompre ainsi nuit et jour pendant si longtemps cette irrigation chez un malade déjà en proie à des douleurs atroces,

produites par la striction d'un fil que l'on est obligé d'augmenter encore de temps en temps aux risques de casser ce fil ? « Nous avons été plusieurs fois témoin, dit Chassaignac, du douloureux spectacle de malades opérés du cancer de la langue par la ligature, et nous ne pourrions jamais oublier le tableau qui s'est déroulé sous nos yeux..... Il reste, en somme, à la charge de cette méthode, d'abord d'être un procédé excessivement et longuement douloureux ; en second lieu de soumettre le malade pendant un septenaire au moins à l'imminence d'une intoxication putride ». Vidal de Cassis, qui vit opérer un malade de Cloquet, dit à ce propos dans son traité : « Le malade mourut le troisième jour. Je crois me rappeler qu'il présenta des symptômes d'intoxication due à la sanie qu'il avait avalée pendant son sommeil ».

2° ABLATION PAR LA LIGATURE EXTEMPORANÉE. — a. *Écraseur linéaire*. — Par une incision faite à la région sus-hyoïdienne, suivant la pratique de Cloquet, Chassaignac fait pénétrer une grande aiguille courbe armée d'un fil métallique jusque dans le sillon linguo-buccal, aussi près que possible du pilier antérieur du voile du palais. Le fil entraîne après lui la chaîne de l'écraseur, et celle-ci ne meurtrit pas les tissus, car on a eu le soin de se servir d'une aiguille à lance un peu large. Dès lors, une extrémité de la chaîne de l'écraseur étant dans la bouche, le chirurgien dégage le fil métallique du chas de l'aiguille, qu'il peut aussitôt retirer en lui faisant refaire le chemin parcouru. L'aiguille est alors introduite directement dans la bouche, et on l'arme du fil métallique qui a précédé déjà la chaîne de l'écraseur. Puis on ponctionne le sillon linguo-gingival du côté opposé et en un point symétrique. On fait ressortir la pointe de l'aiguille par la plaie de la région sus-hyoïdienne. On tire sur le fil, qui apparaît à ce niveau. Il est bien évident alors qu'une anse de chaîne est ainsi placée à la base de la langue. On monte alors

l'instrument, c'est-à-dire qu'on adapte la chaîne à l'écraseur linéaire dont elle fait partie. Puis, par un mouvement spécial du manche de cet instrument, on sectionnera lentement la base de la langue. — Pour détacher la langue du plancher de la bouche, on se servira d'un second écraseur, introduit cette fois directement par la voie buccale et d'après un procédé identique. On mettra en jeu le mouvement alternatif du manche destiné à faire avancer dans l'intérieur de la gaine les maillons de la chaîne. Une minute pour chaque maillon est le plus long espace de temps qu'on doive exiger pour être en mesure contre l'hémorrhagie.

Les avantages de l'écraseur linéaire sur la ligature sont : 1° de ne pas donner lieu à la putridité ; 2° de permettre l'emploi de l'anesthésie par le chloroforme ; 3° de ne pas exiger plus d'une demi-heure pour faire la séparation complète de la langue.

Pour toutes ces raisons, ce procédé est infiniment supérieur au précédent. Cependant, il ne faut pas, dit Capmas dans sa thèse, trop vanter les avantages hémostatiques de l'écraseur, puisque, après l'ablation de la langue avec cet instrument par la voie sus-hyoïdienne, on eut trois fois des hémorrhagies primitives graves, deux hémorrhagies primitives légères et une hémorrhagie secondaire mortelle.

b. — Anse galvanique. — Presque en même temps que Chassaignac inventait en France l'écraseur, Middeldorpf se servait de l'anse galvano-caustique avec un grand succès. — Nous ne parlerons pas du couteau galvanique, dont l'action pouvait être utilisée par la voie buccale pour faire une section linéaire, comme on le fait avec le thermo-cautère.

On introduit l'anse de platine, comme on a introduit la chaîne de l'écraseur. Le chirurgien examine alors si l'anse n'a pas glissé en avant sur la langue, si elle est bien appliquée tout à fait à la base de cet organe. Puis il ouvre le courant et resserre tout doucement l'anse.

Le galvano-cautère est en somme un instrument dispendieux, difficile à faire marcher. Il faut toujours craindre de trop chauffer le fil, dont le calibre devra être suffisant pour qu'il n'entre pas en fusion. On se sert généralement d'un fil de 1 millim. et demi de diamètre. On prendra bien garde de ne pas diminuer l'intensité du courant en resserrant l'anse. Le fil doit toujours rester au rouge sombre. Trélat dit (*Gazette des Hôpitaux*, 17 novembre 1887) : « Nul n'a été certainement un plus fervent adepte que moi de l'anse galvano-caustique, mais les progrès de la chirurgie contemporaine me l'ont fait abandonner, et je la considère aujourd'hui comme d'une pratique un peu ancienne ».

Il y a toujours à penser à la possibilité des hémorrhagies secondaires à la chute des eschares.

3° ABLATION AVEC LE BISTOURI. — Ici nous pouvons distinguer deux classes de procédés. Dans la 1^{re} catégorie, les chirurgiens se contentent de faire une incision unique à la région sus-hyoïdienne. Dans la 2^e catégorie, les chirurgiens font deux incisions formant angle, ce qui amène la formation d'un lambeau.

a. *Procédés avec incision simple* — 1° *Procédé de Michel* (de Nancy). — Dès 1856, le professeur Michel, de Nancy, décrivait un procédé d'incision sus-hyoïdienne par la voie latérale. « J'ai fait, dit-il, une longue incision cutanée s'étendant de la symphyse du menton à la carotide, et, après avoir enlevé les ganglions cancéreux, j'ai coupé les muscles sus-hyoïdiens, afin d'enlever le cancer du frein, y compris la glande sublinguale. L'opération a très bien réussi. » Billroth essaya ce procédé en 1861, mais n'en fut pas satisfait.

2° *Procédé de Verneuil*. — Le procédé de Verneuil, que l'on trouve décrit dans la thèse de Guillier (Paris 1881) et reproduit dans diverses thèses, comprend une incision latérale sus-hyoïdienne, l'ablation de la glande sous-maxillaire avec les ganglions

qui l'entourent, l'exérèse de la langue par un procédé quelconque (chaîne d'écraseur, thermo-cautère, bistouri, etc.).

Ce procédé comprend 7 temps. Les voici :

1^{er} Temps. — Incision portant sur la symphyse du menton et allant jusqu'à l'angle de la mâchoire. Recherche de la faciale sur le bord du maxillaire ; section de cette artère entre deux ligatures.

2^e Temps. — Ablation par décollement de la glande sous-maxillaire et des ganglions voisins ; avant de détacher la glande, on lie en masse le pédicule qui comprend la faciale avant son entrée dans la glande.

3^e Temps. — La région sus-hyoïdienne étant largement ouverte, on recherche la grande corne de l'os hyoïde et la linguale, que l'on lie.

4^e Temps. — On passe une chaîne d'écraseur linéaire sur la ligne médiane de la langue, que l'on divise en deux moitiés. En sectionnant sur la ligne médiane, on ne trouve pas de vaisseaux.

5^e Temps. — On détache les adhérences de la langue. Pour cela, il suffit de déchirer avec l'ongle les insertions des génio-glosses et des autres muscles extrinsèques.

6^e Temps. — La langue ne tenant plus que par des adhérences postérieures à l'os hyoïde et au pilier du voile, on l'attire au dehors à travers la plaie sus-hyoïdienne et la coupe à sa base par le procédé que l'on préfère. Suture. Pansement de Lister.

b. PROCÉDÉS AVEC FORMATION DE LAMBEAUX. — Regnoli, comprenant sans doute l'insuffisance de jour qu'il obtiendrait en ne faisant qu'une incision à la région sus-hyoïdienne, imagina le premier un procédé à lambeaux (*Gazette médicale* de Paris, 1838). Il fit à la région sus-hyoïdienne une incision verticale, partant de la symphyse et aboutissant à l'os hyoïde. Puis, une deuxième, perpendiculaire à la première, longeant le bord infé-

rieur du maxillaire inférieur et allant d'un masséter à l'autre. Le tout représente assez bien un T.

Il en résultait donc la formation de deux lambeaux triangulaires, comprenant la peau, le peaucier et le tissu cellulaire.

En les rabattant, on mettait à découvert les ventres antérieurs des digastriques, les mylo-hyoïdiens. Avec un bistouri boutonné qu'il porta à droite et à gauche, il détacha les digastriques, les mylo-hyoïdiens et coupa la muqueuse jusqu'aux piliers du voile du palais. Alors il introduisit dans cette brèche ainsi créée une pince de Museux, pour attirer la langue au dehors. Il ne resta plus qu'à la sectionner par un moyen d'exérèse quelconque.

Procédé de Czerny. — Czerny employa, en 1870, un procédé à deux lambeaux triangulaires. Il recula l'incision transversale jusqu'à la petite corne de l'os hyoïde.

Il commence par lier la linguale, puis prolonge à peu près horizontalement l'incision de la peau jusqu'à la petite corne de l'os hyoïde du côté opposé. Puis il fait partir une incision de la symphyse et allant rejoindre la première incision déjà faite. On comprend dès lors que l'on a obtenu ainsi deux lambeaux triangulaires, dont le plus grand est évidemment du côté où la linguale a été liée. Il soulève ces lambeaux, enlève les glandes sous-maxillaires et les ganglions. Ensuite, au lieu des'attaquer directement aux insertions musculaires des muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens, etc., il se contente de décoller le périoste pour pénétrer dans la cavité buccale.

Procédé de Billroth. — Billroth fait, comme Regnoli, une incision en fer à cheval, longeant le bord inférieur du maxillaire. Puis il prolonge chacune des extrémités de l'incision par deux nouvelles petites incisions dirigées d'avant en arrière et légèrement de haut en bas.

Les deux linguales sont liées. Puis, comme Czerny, il décolle

le périoste du maxillaire inférieur et, après avoir coupé les muscles qui s'y insèrent, pénètre dans la cavité buccale. Il a enlevé, chemin faisant, les glandes sous-maxillaires et leurs ganglions. La langue peut dès lors être saisie avec une pince de Museux, introduite par cette brèche et amenée au dehors.

Billroth recommande d'assurer l'asepsie buccale par des lavages pendant les quelques jours qui suivent l'opération. De plus, pour parer aux accidents d'asphyxie par renversement du moignon de la langue, il fixe ce dernier aux extrémités non réunies des incisions latérales.

Procédé de Kocher. — Une première incision part du voisinage du lobule de l'oreille, suit le bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien jusqu'à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde. Une deuxième incision part de la partie médiane de la première, suit la région sus-hyoïdienne latérale jusqu'à l'os hyoïde, puis se courbe un peu pour atteindre la symphyse du menton. On relève le lambeau ainsi formé, on lie l'artère et la veine faciales, ainsi que de nombreuses veines de la région. Dès lors, on peut procéder au curage de la glande sous-maxillaire, suivant l'expression de Kocher. La première incision permet même d'enlever quelques petits ganglions contenus dans la partie inférieure de la glande parotide. Il est maintenant facile de lier la linguale de ce côté. On lie également la linguale du côté opposé en faisant pour cela une incision complémentaire. On coupe avec le bistouri boutonné les muscles qui s'insèrent sur le maxillaire inférieur. — Un drain est mis à demeure dans la plaie. — Ensuite, la trachéotomie ayant été faite tout-à-fait au début de l'opération, il introduit un tampon de gaze antiseptique au fond du pharynx. Ce tampon est maintenu par un fil qui pend hors de la bouche. On peut maintenant inciser la muqueuse du plancher de la bouche, et on n'a pas à craindre l'irruption du sang dans la trachée. — La langue est attirée au

dehors, sectionnée, et le moignon fixé sur les parois latérales de la bouche. Cette précaution est dirigée contre la possibilité du renversement du moignon de la langue. Elle n'est pourtant pas d'une nécessité absolue, puisqu'on a fait la trachéotomie avant l'opération.

Kocher insiste en outre beaucoup sur le traitement post-opératoire. La valeur particulière de son procédé, dit Wœlfler (*Archives de Langenbeck*, tom. XXVI) repose sur ce fait que la trachéotomie et le tamponnement du pharynx avec la gaze antiseptique garantissent l'opéré contre la schluckpneumonie. Les complications pulmonaires sont, en effet, la terreur de Kocher. On doit ensuite changer la gaze, que l'on a tassée dans la bouche plusieurs fois par jour, et assurer la nourriture du malade avec la sonde à demeure. Pour imbiber les bandelettes ou les tampons, on se servira d'une solution phéniquée faible. Il recommande de faire cette application sous le spray et de faire des irrigations antiseptiques dans l'intervalle des pansements. On procédera à l'alimentation autant que possible au moment où l'on changera le pansement. Tout de suite après l'opération, on fera bien d'administrer un lavement de bouillon et de cognac pour stimuler un peu le malade. Puis, les quelques premiers jours, on pourra alimenter le malade avec des lavements nutritifs (peptones, jus de viande, œufs, alcool, café, etc.). — Par cette méthode, Kocher en faisant la communication de son procédé, signalait 13 cas de guérison sur 14 opérés. Quelque temps après, Wœlfler, assistant de Billroth, publiait 17 succès consécutifs obtenus avec la méthode de Kocher.

Procédé de Trélat. — Voici comment il le décrit lui-même (*Gazette des Hôpitaux*, 17 novembre 1887) : « Quant à l'incision, j'adopte le procédé de Schmitz (de Boston), procédé qui, ainsi que M. Castex a pu le vérifier sur le cadavre, permet le mieux d'aborder les parties profondes. Il consiste dans une première incision

longue qui a pour but la ligature de la carotide externe. Puis, dans une deuxième, qui part de la première, longe le bord inférieur de la mâchoire, en se dirigeant vers le menton. Elle met ainsi à nu le plancher de la bouche et facilite la section du maxillaire inférieur, soit donc une double incision en L renversé». Quelques lignes avant, il disait qu'il évitait de faire la section du maxillaire inférieur lorsque la tumeur n'avait pas contracté des adhérences au périoste.

RÉFLEXIONS SUR LA SÉRIE DES PROCÉDÉS SUS-HYOÏDIENS.

Nous n'insisterons pas trop pour démontrer les défauts du procédé de Regnoli. Ce chirurgien faisait, comme nous l'avons indiqué, une si vaste brèche à la région sus-hyoïdienne qu'il serait très téméraire, même de nos jours, de penser pouvoir faire une antiseptie parfaite dans un foyer si anfractueux. Comment éviter alors les inflammations phlegmoneuses pouvant atteindre le larynx et les infections pulmonaires, si fréquentes surtout après l'emploi des procédés sus-hyoïdiens en général ?

Billroth et Kocher ont eu conscience de cette imperfection. Aussi recommandent-ils à grand fracas la nécessité de l'antiseptie, qui est, il faut le reconnaître, l'apanage de leur époque.

Un autre inconvénient réside dans la difficulté qu'on aurait à se rendre maître de l'hémorrhagie, nécessairement si abondante dans une région si vasculaire.

Billroth, en liant les deux artères linguales, Verneuil, en comprenant dans une ligature le tronc thyro-linguo-facial, se mettent à l'abri de ce danger, qui ne doit pourtant pas être exagéré (*Clinique et critique chirurgicales*, 1884) : « il faut avancer avec prudence dans une région si vasculaire, et nous ne saurions trop recommander la manœuvre préconisée par M. Verneuil ; il charge sur l'aiguille de Deschamp tous les vaisseaux qui se rendent aux ganglions ou passent au milieu d'eux, puis les sec-

tionne entre deux ligatures. L'artère faciale, le tronc veineux facio-lingual, la jugulaire externe, sont étreintes l'une après l'autre, et l'on va avec la plus extrême sécurité. D'ailleurs, pas n'est besoin de se presser. Le malade est endormi, et comme la muqueuse du plancher buccal est encore respectée, le sang ne saurait pénétrer dans le pharynx et provoquer l'asphyxie. — Lorsqu'on a bien nettoyé la région sous-maxillaire, lorsque les ganglions, les tissus suspects ont été réséqués, on peut s'attaquer à la langue et à la muqueuse du plancher buccal ». C'est encore en partie pour s'opposer à l'entrée du sang dans le larynx que Kocher fait toujours la trachéotomie et le tamponnement du pharynx.

Toujours avec ces mêmes procédés, sauf avec celui de Kocher et de Trélat, il y a à craindre le renversement de la langue sur le larynx et le danger de mort consécutif toujours possible, si on ne fait pas immédiatement la trachéotomie. Les muscles génio-hyoldiens, génio-glosses, etc., étant sectionnés, la langue a, en effet, une grande tendance à se porter en arrière, si elle n'est pas soutenue par un fil providentiel.

En admettant même que tous ces accidents puissent être évités par la technique de Kocher, qui est certainement la meilleure, il y a toujours à redouter, pour la suite de l'opération, la persistance d'une fistule incurable à la région sus-hyoldienne. Voici, en effet, ce que nous lisons dans le *Traité de Thérapeutique* de Forgue et Reclus : « Au procédé de Billroth (incision parabolique) nous objectons que le peaucier tend à recroqueviller le lambeau sous-maxillaire, surtout en sa portion moyenne ; d'où la production d'une fistule incicatrizable. Nous l'avons vu très nettement chez un malade opéré par M. Dubréuil. A la pratique de Billroth nous préférons deux sections sous-maxillaires, partant toutes les deux de l'angle de la mâchoire suivant le bord osseux, à un travers de doigt, mais respectant sur la ligne médiane un pont mentonnier de 3 ou 4 centim.. »

On pourrait, à l'imitation de Kocher, en faciliter l'évidement sous-maxillaire et sous-angulaire par une incision complémentaire menée le long du bord du sterno-mastoïdien à l'extrémité des sections horizontales sus-hyoïdiennes». Cependant maintenant que l'antisepsie peut être mieux assurée, grâce aux avantages considérables de l'iodoforme, ce danger serait certainement moins à craindre.

En somme, le procédé de Kocher, bien que nécessitant une technique opératoire un peu compliquée, nous paraît satisfaire le mieux aux conditions du succès.

Eu faveur des procédés sus-hyoïdiens, il convient d'ajouter qu'ils permettent de faire une ablation systématique des glandes et des ganglions sous-maxillaires que des études histologiques récentes ont démontrés être envahis par la néoplasie, quelques mois à peine après le début du cancroïde de la langue. Je m'empresse cependant d'ajouter que ce bénéfice me paraît quelque peu illusoire.

Quand les ganglions sous-maxillaires sont envahis, on n'est pas sûr pour cela que les lymphatiques venant de la langue et aboutissant aux ganglions situés dans le voisinage du larynx sont absolument indemnes. Il y aura toujours à craindre, malgré tout, une imminence de récidive dans ces points.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA LANGUE PAR LA VOIE MAXILLAIRE

Pour mieux atteindre le mal jusque dans ses derniers retranchements, les chirurgiens se sont enhardis jusqu'à sectionner le maxillaire inférieur; que dis-je, même jusqu'à en faire le sacrifice. Encore si ces délabrements considérables avaient dû donner la clef de la guérison définitive!

Procédé de Roux. — Roux fut le premier chirurgien qui en-

treprit, en 1836, cette opération. Voici la description qu'en donne Th. Anger dans sa thèse d'agrégation, 1872.

1^{er} temps. — Division des parties molles. Faire une incision verticale depuis le milieu de la lèvre inférieure, jusqu'à deux centimètres au-dessous du bord inférieur de l'os, dans la région sus-hyoïdienne ; disséquer dans une petite étendue les deux lèvres de l'incision, de façon à bien mettre à nu la face antérieure du maxillaire.

2^{me} temps. — Section de l'os, arracher une ou deux incisives médianes. Passer de bas en haut, immédiatement en arrière du bord inférieur de l'os et dans le point qui correspond à la dent arrachée, une forte aiguille munie du fil qui doit conduire la scie à chaîne. Diviser l'os verticalement au moyen de cette scie.

3^{me} temps. — Dissection de la tumeur. Faire écarter les deux moitiés du maxillaire, et pendant ce temps couper, avec des ciseaux ou avec le bistouri, la muqueuse et les muscles du côté correspondant à la tumeur. Enfin faire l'excision de celle-ci en liant les vaisseaux à mesure qu'on les coupe.

Procédé de Sédillot. — Ici au lieu de faire une section médiane, on fait une section en V renversé (∇), ce qui nécessite le sacrifice de toutes les incisives. Il est vrai que l'on espérait obtenir ainsi une meilleure consolidation des fragments, sans chevauchement, l'opération terminée. Les deux moitiés du maxillaire étant écartées, le chirurgien détache avec des ciseaux les muscles génio-gloses du maxillaire. On peut alors, au moyen de l'index et des ciseaux, détacher la langue du plancher de la bouche jusqu'à l'os hyoïde. Cette sorte de clivage terminée, on tire la langue en bas, avec une pince, et on coupe les piliers antérieurs du voile du palais avec des ciseaux. Dès lors on peut se servir du moyen d'exérèse suivant : la langue étant transfixée de bas en haut avec une aiguille montée, on ajuste par derrière, c'est-à-dire tout près de l'os hyoïde l'anse de l'ékra-

seur qui, grâce à ce dispositif, ne glissera pas en avant. Gosselin conseille (*Encyclopédie internationale de Chirurgie*, tom. V, pag. 516) d'avoir à sa disposition une aiguille à manche et un fil solide pour transfixer ce qui reste de tissu attaché à l'os hyoïde, si la respiration est embarrassée par l'épiglotte et la base de la langue tombant en arrière.

Il ajoute : « D'après mon expérience, cet accident se produit surtout quand on laisse une portion considérable de la langue. »

Une fois l'hémorrhagie arrêtée, on rapproche les deux moitiés du maxillaire. On peut, comme le fait Tillaux, passer un fil métallique à travers la table externe du maxillaire inférieur pour favoriser la formation du cal.

SECTION LATÉRALE. *Procédé de Langenbeck*. — Il fait une incision verticale allant de l'angle de la bouche jusqu'au voisinage de l'os hyoïde, que l'on atteint généralement au niveau de la poulie de renvoi du digastrique. On s'est contenté, à partir du bord inférieur du maxillaire, de sectionner la peau. On arrache alors une prémolaire, on débarrasse la partie postérieure de l'os des portions charnues qui le recouvrent. Avec une scie à chaîne, on fait une section du maxillaire inférieur, qu'on dirige de haut en bas et d'arrière en avant, au niveau de la dent arrachée. De cette façon, la coaptation des deux fragments pourra mieux se faire après l'opération, et sera moins gênée par la contraction du masséter. On écarte alors les fragments avec des érignes implantées dans la cavité médullaire. On a eu le soin, avant de procéder à cet écartement, de faire une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, afin de lier la linguale, d'extirper les ganglions, de sectionner les muscles et la muqueuse du plancher buccal à ce niveau. Dès lors, la langue, attirée à travers cette brèche osseuse, est amputée aussi loin que possible près de sa base.

Ce procédé a une grande analogie avec le précédent. Les traits de scie passent seulement en des points différents.

Une première incision part du point de la lèvre inférieure correspondant à la canine droite et descend verticalement au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Une deuxième incision partie du même point, c'est-à-dire un peu au-dessous du bord de la lèvre inférieure, se dirige horizontalement jusqu'à l'angle de la mâchoire.

De cette extrémité, on fait partir une troisième incision verticale parallèle à la première. Le lambeau de parties molles, ainsi circonscrit, est laissé en contact avec le maxillaire. On arrache alors la canine droite et l'avant-dernière molaire droite, pour faire en ces deux points la section verticale de l'os. Après avoir, avec un bistouri boutonné, détaché les parties molles de la face interne de l'os, on rabat le fragment en dehors. On a ainsi créé une large brèche permettant de faire une opération aussi complète que possible. Puis on remet la portion d'os rabattue à sa place, et on l'y maintient par des procédés *ad libitum* (moules de gutta-percha, frondes, suture osseuse, etc.).

Procédé de Trélat. — Nous l'avons déjà décrit à propos des procédés sus-hyoïdiens, nous avons dit alors que, suivant les cas, Trélat faisait ou ne faisait pas la section du maxillaire.

Procédé de Polaillon. — Voici la description de ce procédé donné par Castex (*Revue de Chirurgie*, 1886, pag. 130).

« M. Polaillon, après avoir pratiqué la ligature de la carotide externe, joignit l'extrémité supérieure de l'incision première à la commissure labiale par une deuxième incision horizontale, de façon à obtenir un lambeau unianguleux qu'il rabattit en bas et en avant jusque vers l'os hyoïde en rasant la face externe du maxillaire inférieur. Avec la scie à chaîne, il sectionna le corps de l'os à deux travers de doigt environ de la symphyse et la branche montante vers sa partie moyenne. Cette portion d'os

Procédé de Syme. — Le procédé de Syme (*The Lancet* 1858) diffère peu de celui de Roux. Au lieu de faire une section médiane, il fait deux sections portant chacune à côté de la symphyse, afin de conserver les muscles géniens.

Procédé de Richet. — Richet, au lieu de faire une incision médiane au niveau de la symphyse, comme Roux, fait une incision latérale. De plus, il adopte un procédé de section spécial. Les deux fragments sont taillés en biseau. En somme, il reproduit artificiellement la fracture du maxillaire inférieur, parce qu'il avait remarqué que, dans ces cas, la consolidation était beaucoup plus facile qu'à la suite de l'incision médiane de Roux. De plus, il épargne ainsi les muscles géniens, et il n'y a plus à craindre l'asphyxie par renversement de la langue.

Procédé de Bœckel. — Résection temporaire du corps du maxillaire.

Guidé par les mêmes idées que Syme, Bœckel imagina une opération nouvelle. Une incision transversale, parallèle à la lèvre inférieure, à une distance de 8 centimètres au-dessous de cette dernière, s'étend de chaque côté jusqu'aux artères faciales. Des extrémités de celle-ci, on fait partir deux incisions verticales, traversant la région sus-hyoïdienne. On enlève une petite molaire de chaque côté, et, à ce niveau, on fait passer un trait de scie. La partie moyenne du maxillaire ainsi isolée peut basculer facilement en bas. Bœckel sectionna transversalement la langue derrière la tumeur et fit la ligature des deux linguales. Il enleva ensuite la glande sublinguale et une partie de la glande sous-maxillaire droite. On remit alors la partie moyenne du maxillaire inférieur en place, et on l'y maintint avec une suture métallique. On fit ensuite la suture des parties molles.

Procédé de Billroth. — Résection temporaire de la partie latérale du corps du maxillaire (1861).

enlevée, le néoplasme devint abordable. A l'aide du trocart courbe, un premier fil de platine fut placé, pénétrant un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde et sortant vers la pointe du V lingual. La section opérée, une deuxième anse est placée au-dessous de l'amygdale, depuis la base de la langue jusqu'au pharynx. Une troisième, en arrière de l'amygdale, coupe la paroi du pharynx. La tumeur se détache. Pour entraîner la moitié gauche du voile qui restait en place, M. Polaillon employa le thermo-cautère. La brèche était vaste et saignait abondamment. L'hémorrhagie maîtrisée, M. Polaillon sutura la joue (7 sutures profondes, 3 superficielles). Pas de drain, 2 éponges phéniquées, l'une dans la bouche, l'autre au dehors, reliées entre elles par un fil traversant la plaie. Dès le lendemain, l'éponge intérieure fut retirée. Déglutition très difficile. Le cathétérisme œsophagien, n'ayant pu être supporté, M. Polaillon imagina d'adapter un tube de caoutchouc à un biberon. Une hémorrhagie intra-buccale se déclara dix jours après, on put s'en rendre maître avec des injections sous-cutanées d'ergotine et des lavages à l'eau glacée. Ce malade quitta l'hôpital une vingtaine de jours après l'opération».

RÉSECTIONS PERMANENTES. — Enfin, il faudra recourir à la résection permanente du maxillaire, quand la fibro-muqueuse gingivale aura été atteinte par l'épithélioma : « lorsqu'un épithélioma du plancher buccal atteint la fibro-muqueuse gingivale ou s'en rapproche de très près, si l'on se contente de faire l'ablation de la fibro-muqueuse atteinte, on ne tarde pas à voir une récurrence rapide sur les portions osseuses en connexion avec l'épithélioma. Dans ces cas-là, il convient de procéder soit à la résection permanente, soit à un grattage énergique d'un os même encore sain (Verneuil, *Société de Chirurgie*, 1886). — Inutile, je pense, de décrire ce procédé, qui est banal et qui du reste, à notre avis, ne devra être exécuté qu'à titre de traitement palliatif, si le chirurgien ne peut pas résister aux instances du malade.

RÉFLEXIONS SUR LES PROCÉDÉS MAXILLAIRES.

Les procédés maxillaires présentent des inconvénients au moins aussi sérieux que les procédés d'attaque par la voie sus-hyoïdienne. — Sauf le procédé de Trélat, ils ne permettent pas le curage de la glande sous-maxillaire. Mais nous ne voulons pas trop insister sur ce désavantage, qui ne nous paraît pas très important, comme nous l'avons dit à propos des procédés sus-hyoïdiens.

Voici le plus grave défaut que nous avons à leur adresser. Ils nécessitent une opération formidable pour extirper un mal dont la récurrence est certaine. En effet, quand l'emploi de ces procédés est devenu nécessaire, le cancroïde de la langue est déjà très étendu. Le malade supportera difficilement les frais d'une réparation pénible créée par le chirurgien. Il sera miné par la douleur, et la guérison surviendra à peine que déjà la récurrence apparaîtra. Nous l'avons dit au début de notre travail, nous repoussons ces procédés de parti pris pour ce motif, qui nous paraît bien digne de considération.

Nous n'insisterons pas sur la difficulté de la consolidation du maxillaire, évitée sans doute quelque peu par la méthode de Richet, mais réelle dans tous les autres procédés. Nous passerons également sous silence les accidents d'asphyxie possible, dus au renversement du moignon de langue, consécutif à la section des muscles géniaux.

Le chirurgien qui oserait entreprendre cette opération devrait même se tenir pour satisfait si, malgré les progrès de l'antisepsie moderne, l'opéré échappait à l'infection. « La section de l'os n'est pas indifférente, on crée une sorte de fracture compliquée et dans les conditions les plus mauvaises ; le foyer plonge dans une cavité à désinfection difficile ; les aliments mêlés à la salive se décomposent dans ce cloaque humide et chaud.

L'absorption des matières putrides peut se faire par les canaux largement ouverts de la substance osseuse. Et ce n'est pas une vue de l'esprit, beaucoup d'opérés sont emportés par des accidents infectieux (Reclus, *Clinique et critique chirurgicales*). Voici enfin ce que dit encore le même auteur : « D'après une statistique qui n'est pas très ancienne, la première méthode Regnoli, modifiée par Billroth, donne 25 % de mortalité; la deuxième, Roux-Sédillot, 50 %. Or les précautions antiseptiques à elles seules ne suffisent pas pour modifier ces chiffres désastreux ».

CHAPITRE III.

Des accidents post-opératoires. De leur traitement prophylactique.

Supposons maintenant notre malade opéré, les accidents immédiats de l'opération ont été évités. Le malheureux patient est-il maintenant hors de danger ? Les observations publiées jusqu'à ce jour nous démontrent de la façon la plus évidente que les suites de l'opération sont au moins aussi redoutables que l'opération elle-même. Kocher et Billroth ont mieux qu'aucun chirurgien étudié les premiers les moyens d'éviter quelques-uns de ces accidents qui augmentent malheureusement encore le taux de la mortalité.

Bien qu'étudiant les accidents post-opératoires, nous devons cependant dire quelques mots des hémorrhagies qui se produisent pendant l'opération. Nous avons pu remarquer, en étudiant les procédés opératoires, que tous les chirurgiens se sont efforcés de prévenir cet accident soit par la ligature préalable des linguales (Billroth), soit par celle de la carotide externe (Verneuil). C'est qu'en effet avec les procédés sus-hyoïdiens ou maxillaires, il est bien difficile, sans cette précaution de se rendre maîtres de l'hémorrhagie. L'éventualité de l'écoulement de sang dans la trachée est un danger que l'on doit éviter.

Les allégations de Mollière (de Lyon) nous paraissent en effet un peu optimistes quand on opère par la voie sus-hyoïdienne ou

maxillaire. Dans les cas où la ligature des artères qui irriguent si abondamment la langue n'aurait pas été faite, le procédé de Heath pourrait rendre à l'occasion de grands services aux chirurgiens. Il consiste à accrocher avec le doigt introduit dans le pharynx la base de la langue et à l'attirer au dehors, L'hémorrhagie s'arrête instantanément. Whitehead, nous le verrons bientôt, procède d'une façon analogue.

Bien d'autres accidents viennent encore assombrir quelquefois le pronostic des opérés ; nous voulons parler des hémorrhagies secondaires, des affections pulmonaires (broncho-pneumonies, pneumonies, abcès du poumon, gangrène du poumon), de l'inanition, de l'asphyxie rapide par la chute de la langue sur l'orifice laryngien, de l'œdème de la glotte etc.

Les hémorrhagies secondaires sont maintenant connues dans leur pathogénie. On sait qu'elles sont toujours dues aux infections secondaires, qu'elles se produisent au milieu des plaies qui suppurent. Or nous avons déjà dit quelle était la difficulté de faire une aseptie parfaite du milieu buccal, surtout lorsqu'on se servait, pour faire l'exérèse, du thermocautère ou des liens élastiques. La présence d'eschares qui se forment à la suite de l'emploi de ces moyens multiplie encore les difficultés d'une bonne antiseptie. Les vastes délabrements qu'occasionnent les méthodes sus-hyoïdiennes et sous-maxillaires que nous avons étudiées créent des foyers anfractueux où il est bien difficile d'atteindre le microbe. Pour éviter cet inconvénient, il faudra donc faire un choix du procédé à employer pour l'opération et faire un traitement post-opératoire capable d'enrayer le développement des bacilles dans un milieu où leur pullulation ne demande qu'à se faire.

Après l'hémorrhagie primitive ou secondaire, ce sont surtout les accidents pulmonaires qui doivent nous arrêter. Monod, à la société de chirurgie 1886 (pages 126, 140, 502, 570), a surtout mis en vedette ce genre de complication dont, en France,

les auteurs s'étaient jusqu'alors peu occupés. Il cite, pour la démonstration de la fréquence de ces accidents, de nombreuses observations, recueillies à l'étranger. Pour lui, le moyen de les éviter consiste dans la trachéotomie préventive et le tamponnement du pharynx. « Il se loue surtout de l'action combinée de la trachéotomie préventive et de la sonde nasale à demeure, dont M. Verneuil a si bien fait ressortir l'utilité. Il a pu ainsi désinfecter complètement et maintenir aseptique pendant toute la durée de la cure le champ opératoire, sans être troublé ni par les nécessités de l'alimentation, ni par celles de la respiration. Il a évité aussi le danger de la pneumonie infectieuse résultant du transport dans les poumons de détritüs organiques, qui viennent compliquer si souvent les opérations pratiquées sur la bouche. » (Société de chirurgie 1886, séance du 17 février).

Verneuil croit pouvoir se dispenser de cette opération complémentaire, en faisant des lavages soignés de la cavité buccale et pour cela il crée de larges ouvertures : « Comment obtenir l'antisepsie ? Je crois que le meilleur moyen est de rendre le foyer largement accessible aux antiseptiques » (séance du 16 juin 1886).

Verneuil a raison d'insister sur l'utilité de l'asepsie pour éviter les complications pulmonaires. Sans doute des lavages fréquents nous paraissent très aptes à éloigner ces accidents infectieux. Cependant lorsqu'on aura fait usage des procédés sus-hyôidiens avec section des muscles géniens, c'est-à-dire des procédés où la statistique démontre la fréquence des inflammations pulmonaires, nous croyons utile de faire la trachéotomie préventive.

L'épiglotte, en effet, dans ce cas ne vient plus recouvrir le larynx et cette schluckpneumonie, dont parlent tant les allemands, nous semble alors favorisée. Car il ne semble pas y avoir des doutes à ce sujet, c'est bien le passage des liquides de la bouche dans la trachée qui produit ces complications. C'est

du moins ce qui m'a paru ressortir d'une observation de Michaël parue en 1882 dans les archives de Langenbeck (T. XXVII), intitulée : *Die permanente Tamponade der Trachea*. La voici :

«Au mois d'août de l'an dernier, entra dans mon service un malade dont la corde vocale gauche était manifestement transformée en une tumeur carcinomateuse. Le reste du larynx me parut sain. Aussi, pour rendre le shock opératoire plus supportable à ce sexagénaire d'une complexion délicate, j'espérais pouvoir me borner à l'extirpation du cartilage thyroïde ou même seulement à la résection de la corde vocale malade.

Le 24 octobre, assisté de M. le Dr Herschel, le médecin du malade, et de MM. Lauenstein, Unna et Koopmann, j'entreprenais l'opération. Déjà, le 1^{er} septembre, M. Herschel avait fait la trachéotomie pour des accidents de suffocation. Il avait été endormi, et on avait mis la canule de Trendelenburg à demeure. A travers l'ouverture du larynx, on voyait — ce que je n'avais pas pu voir l'année précédente, car la lumière du jour n'avait pas suffi à me rendre la tumeur apparente, — on voyait, dis-je, que non seulement la corde vocale gauche, mais que tout le côté droit et le cartilage cricoïde étaient situés au milieu d'une masse carcinomateuse. Puisque je n'étais pas autorisé ni par la famille, ni par le patient à une large extirpation absolument indiquée à ce moment, je me bornais à inciser la plaie sur la canule et à enlever avec le tranchant de la curette toutes les parties malades du cartilage cricoïde, ainsi que tout ce qu'il y avait de suspect. Après l'opération, la canule, ayant été complètement détériorée, fut remplacée par une canule ordinaire. La tumeur enlevée fut reconnue carcinomateuse par l'examen microscopique du docteur Dehn.

Les deux premiers jours, tout alla bien. Le malade avalait très bien, avait bon appétit et était apyrétique. Il en était ainsi le troisième jour avant midi. Le soir du troisième jour, je trouvai sa figure toute changée. On me communiquait qu'à midi, subitement, en buvant, le malade s'était mis à tousser ; la toux s'était reproduite à chaque gorgée, et du liquide s'était écoulé en partie à travers la plaie.

Quand on enlevait l'éponge, on voyait, à chaque nouvelle déglutition, une partie du liquide sourdre par la plaie. A ce moment, on put voir des mucosités et de la salive tomber goutte à goutte dans l'intérieur de la trachée-artère. On entendait des râles dans les deux poumons. Le pouls était à 100 et le thermomètre marquait 39°,5. J'essayai inutilement d'introduire une sonde ou une canule dans le pharynx. Aussitôt que celle-ci arrivait au niveau du cartilage cricoïde, il en résultait de tels efforts de toux et de suffocation que la sonde était presque projetée en dehors. Malgré tout, il était nécessaire d'alimenter le malade. Il fallait donc faire quelque chose pour empêcher le liquide de couler de la bouche dans la trachée, car il était hors de doute qu'une schluckpneumonie allait commencer. J'imaginai l'expédient suivant : Je recouvris la canule avec un drain épais pour que par son épaisseur elle obturât complètement la trachée et entrât de force. Son introduction provoqua une violente réaction de toux. Au bout de quelques minutes, tout se calma, et j'avais, maintenant, la joie de voir mon malade avaler et respirer tranquillement. Le lendemain, le bruit de râles et la fièvre avaient disparu. L'amélioration se poursuivit.

Je parvins les jours suivants à me rendre compte de l'événement. En entr'ouvrant un peu la plaie, je vis le cartilage cricoïde devenu si mince en arrière qu'un fragment avait perforé l'œsophage. Cette perforation persista 5 mois, au bout desquels elle fut complètement cicatrisée. Pendant ce temps, le malade garda la canule dans la trachée. La suite fut très satisfaisante. Le malade recouvra l'usage de la parole, malgré l'absence des vraies et fausses cordes vocales qui furent remplacées par les ligaments ary-épiglottiques resserrés. Je lui rendis possible l'usage de la parole en pratiquant dans le drain passé par dessus la canule externe une ouverture. Quand le malade voulait parler, il sortait la canule interne qui était fermée. Par cet artifice, la communication entre la bouche et le poumon était rétablie. Pendant tout le temps que le malade garda la canule avec son drain, il m'arriva souvent d'examiner la trachée. Dans aucun cas, je ne vis la membrane muqueuse déchirée. Pendant une assez forte trachéo-bronchite intercurrente, la trachée présenta

un peu de rougeur, le drain fut cependant bien supporté. Lorsque j'enlevais le drain et que le malade ne portait plus que la simple canule, je pouvais remarquer dans la profondeur de la trachée, au delà de l'extrémité de la canule, une plaie rouge sanguinolente. Non seulement le drain n'avait pas endommagé la trachée, mais même il avait garanti cet organe contre l'action nocive de la canule. »

Cette observation nous démontre donc :

1° Que la véritable cause des accidents pulmonaires réside dans le passage des liquides de la bouche dans la trachée.

2° Que toutes les fois qu'il y a à craindre l'entrée des liquides de la bouche dans les voies respiratoires, la trachéotomie et l'obturation complète de la trachée s'imposent.

Aussi pensons-nous que, dans cette question, il faut être éclectique. Dans les cas de procédés sus-hyoïdiens et maxillaires, nécessitant la désinsertion des muscles géniens, la trachéotomie préventive suivie du tamponnement du larynx nous paraît indiquée.

Lorsque le malade sera incapable de supporter l'opération sans anesthésie, il faudra encore recourir à cette opération préliminaire. Un aide pourra ainsi donner le chloroforme sans incommoder le chirurgien, qui aura beaucoup moins à craindre les dangers de l'asphyxie subite due au passage du sang dans les bronches et le poumon, puisqu'on aura fait l'obturation du larynx.

Il est bon ici de faire une remarque, Pour intercepter la communication de la bouche avec le larynx, le chirurgien a à sa disposition une canule spéciale, qui pourrait lui éviter l'emploi du drain dont Michaël s'est servi avec succès, nous venons de le voir. Je veux parler de la canule de Trendelenburg. Michaël raconte, à la suite de l'observation que je viens de reproduire, qu'il remplit d'air la canule-tampon de Trendelenburg. Puis il

en mesura le diamètre avec le compas d'épaisseur. Il remarqua que pendant les 6 premières heures, le diamètre restait sensiblement le même ; qu'au bout de 12 heures, il mesurait un millimètre de moins d'épaisseur. Enfin l'air s'échappait tellement dans la suite que trois jours après la canule était à peu près vide. Il dit avoir refait plusieurs fois cette expérience et avoir toujours obtenu les mêmes résultats.

Il mit ensuite de l'eau ou de la glycérine dans cette même canule. Plusieurs semaines après, le sac de la canule de Trendelenburg était aussi plein qu'au commencement.

Si on voulait se servir de l'instrument de Trendelenburg, c'est donc de l'eau ou de la glycérine qu'on devrait se servir.

Malgré cet artifice, l'avis de M. Tédénat n'est pas favorable à l'emploi de cette canule-tampon. En effet, il arrive souvent que le caoutchouc est usé au moment où l'on veut se servir de cet instrument. De plus il y a toujours à craindre une asphyxie rapide par la chute du liquide dans la trachée.

Il est donc préférable, il nous semble, d'user de la pratique de M. Tédénat. On se sert d'une canule ordinaire, mais on met un gros tampon de gaze iodoformée au fond de la gorge, et on le maintient à sa place avec un fil qui prend en dehors de la bouche de l'opéré.

Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque le malade pourra supporter l'opération avec une légère anesthésie, lorsqu'on ne sera pas obligé de sectionner les muscles géniens, la trachéotomie nous paraît facultative. En effet, sans elle, on pourra encore faire une assez bonne antisepsie de la bouche en tassant la gaze iodoformée sans mettre de tampon spécial au fond de la gorge pour obturer le larynx. C'est ce que nous essayerons de démontrer quand nous étudierons le procédé de Whitehead, dans lequel l'auteur fait ou ne fait pas de trachéotomie, presque indifféremment.

Mais alors, dans ce dernier cas, il faut au moins faire une

antisepsie soignée du milieu buccal. A quel agent doit-on donner la préférence ? On a essayé pendant quelque temps les lavages de la bouche avec les antiseptiques, le sublimé, l'acide phénique, etc. On comprend facilement que ces moyens employés seuls sont insuffisants, puisqu'on est obligé d'accorder un moment de repos à un malade qui vient de subir une assez grosse opération.

Avec les procédés sus-hyoïdiens, le drainage de la cavité est facile, sans dérangement pour le malade. Mais nous savons quelle est la mortalité due à ces procédés. Billroth a longtemps employé cette méthode, mais il a été contraint de l'abandonner à cause de la fréquence des pneumonies de déglutition dues, selon lui, à la section des muscles géniens. Il opère maintenant ses malades par la voie buccale, tout en faisant cependant le drainage de la plaie. Quand la ligature de la linguale n'a pas été faite, il traverse le plancher de la bouche avec un trocart et introduit ainsi un drain de la grosseur du doigt. S'il a fait la ligature des linguales, il en profite pour passer un drain par l'incision qu'il vient de faire. Il ne lui reste plus qu'à déchirer la muqueuse du plancher de la bouche. Il évite ainsi de faire la section des muscles géniens.

Le drainage lui paraissant insuffisant, il cautérisait d'abord la plaie avec du permanganate de potasse pulvérisé ou bien il la badigeonnait avec une solution très concentrée du même sel (1/2 cuillerée à café de poudre pour 2 cuillerées à café d'eau), cette cautérisation qui est assez douloureuse doit être faite pendant le sommeil chloroformique. De plus, le permanganate ne doit être employé que lorsque l'hémostase est parfaite, car, dilué, son action serait presque supprimée. Il produit une eschare sèche qui reste de deux à quatre jours en place. Une seule application de poudre suffit ; le lendemain, il badigeonnait la plaie avec la solution concentrée, ce qui se fait sans douleur. Il y a toujours à craindre cependant, avec ce moyen, de produire de la

laryngite et de la pharyngite, si on met la poudre trop près de l'arrière-gorge. Si on emploie la solution de permanganate, on peut produire la broncho-pneumonie, l'œdème de la glotte, accident qui s'est produit une fois, au dire de Wœlfler.

Pour toutes raisons et à cause des complications pulmonaires que n'empêchait pas le permanganate, celui-ci fut avantageusement abandonné au profit de la gaze iodoformée. La gaze iodoformée, que l'on devra laisser en place pendant cinq ou six jours, aidée des lavages antiseptiques, suffit à assurer une asepsie parfaite de la cavité buccale. C'est ce que démontrent les statistiques de Kocher et de Billroth : Kocher a obtenu 13 succès sur 14 opérations avec son procédé, et Billroth 17 succès sur 17 opérés. C'est ce que démontrent encore mieux les expériences de Wœlfler, assistant de Billroth. Grellety s'exprime ainsi dans sa thèse : « Pour bien démontrer encore l'action de l'iodoforme, comme détersif, Wœlfler fit, en collaboration avec Paneth, une série d'expériences où il prouva que, d'une part, on pouvait provoquer chez les animaux des pneumonies septiques semblables à celle que l'on rencontre chez l'homme après les opérations de la langue, en leur injectant dans les voies aériennes des liquides en putréfaction et que, d'autre part, il suffisait, pour empêcher cet effet septique, de mélanger de l'iodoforme à la substance putréfiée. — Avec le pansement iodoformé, renouvelé le plus souvent possible, toute trachéotomie serait même inutile, dit Wœlfler, s'inspirant des résultats de Billroth (*Archiv. für klinische Chirurgie von Langenbeck*, tom. XXVII, pag. 438. — *Experimenteller Theil von Dr Wœlfler et Dr J. Paneth*).

Voici ce que nous lisons dans les pages précédentes du même tome des *Archives de Langenbeck* (*Zur Wundbehandlung im Munde*, von Dr Anton Wœlfler, pag. 423), « En avril 1881, j'eus pour la première fois l'occasion de pouvoir me rendre compte de la valeur de l'iodoforme pour le pansement des plaies de la bouche.

«OBSERVATION.—Extirpation de la moitié droite de la langue et de la partie correspondante du plancher de la bouche, après ligature préalable de l'artère linguale droite. Perforation du plancher de la bouche, en vue de l'établissement d'un drain. Remplissage de la cavité buccale avec des bandes de gaze iodoformée. Suite exempte de fièvre. Guérison après 20 jours. — Le 5 avril, une malade, Julie P..., âgée de 62 ans, fut reçue dans la clinique du Professeur Billroth. Elle était originaire de la Basse-Autriche. Elle avait un épithélioma occupant la moitié droite de la bouche et le côté correspondant du plancher de la bouche. Après ligature de l'artère linguale du côté droit, la moitié droite de la langue et une partie du plancher de la bouche furent largement extirpées. Quand la ligature de la linguale fut faite et la glande sous-maxillaire enlevée, plusieurs ganglions de la grosseur d'un pois, étant mis à découvert, furent enlevés. Le plancher de la bouche fut perforé pour le passage d'un gros drain. La plaie fut suturée en grande partie, et la bouche fut remplie de plusieurs bandes de gaze saupoudrées d'iodoforme, au niveau de la plaie. Au niveau de l'incision qui avait été faite à la peau, on saupoudra également de l'iodoforme. La malade se rétablit rapidement. Je ne parle pas des irrigations du plancher de la bouche. La patiente étant nourrie avec une sonde, la cavité de la bouche était irriguée à travers le drain trois fois par jour seulement, au moyen d'une faible quantité de solution antiseptique pour enlever les mucosités. Par précaution, je changeai chaque jour la gaze iodoformée, quoique cette pratique ne fût pas utile, comme d'autres observations me l'ont démontré.

Je me rendis encore mieux compte de la guérison de la plaie. J'ai eu le bonheur de voir la suite de la maladie dans plus de cinquante ablations de langue, dans la clinique du Professeur Billroth. Cependant nous devons reconnaître que jamais nous n'avions vu une guérison si rapide et si extraordinaire des plaies de la bouche. En effet, tous les signes de l'inflammation étaient absents. Pas d'enflure, pas de rougeur au niveau de la plaie extérieure ou du plancher de la bouche, pas la moindre douleur. L'appétit était excellent, la température et le pouls normaux. Le premier jour, il y eut un suinte-

ment abondant d'un sérum absolument pur. Le second jour, il n'y avait presque plus de sécrétion, tout au plus un peu de mucosité dans la bouche. Quiconque a traité des plaies de la bouche consécutives à une extirpation étendue de la langue sait parfaitement, combien il est difficile, malgré l'emploi de tous les liquides désinfectants, de faire disparaître la mauvaise odeur. Immédiatement après le nettoyage de la bouche par des irrigations, on pourrait toujours se rendre compte avec le doigt de la fétidité des sécrétions cachées dans la profondeur de la plaie. Avec le traitement iodoforme on n'a rien eu de tout cela. Le poumon ne présentait pas non plus de signes pathologiques. L'iodoforme n'avait pas produit le moindre effet toxique. La malade supporta très bien tous les aliments. Elle n'avait jamais de vomissements et s'habitua sans difficulté à l'application de l'iodoforme. Huit jours après l'opération, la malade pouvait prendre elle-même les aliments, et 20 jours après elle pouvait partir absolument guérie ».

Cette observation est suivie de plusieurs autres qui tendent également à démontrer les bienfaits de l'iodoforme.

L'inanition est encore une des complications qui ont été le mieux étudiées par Verneuil à la Société de Chirurgie, 2 mars 1881. Il dit, en parlant des opérés de la langue : « J'ai vu survenir plusieurs fois un dépérissement profond vers le sixième jour ; j'ai vu alors la plaie se désunir : c'est l'inanition qu'il faut accuser de ces désordres locaux et généraux. Un de mes malades vaincu par la douleur, n'ayant plus voulu prendre d'aliments au bout du cinquième jour, mourut trois jours après. Il y a une dizaine de jours, j'ai pratiqué à un autre sujet une ablation étendue de la langue avec plusieurs ganglions, mais cette fois j'ai accoutumé le malade au contact de la sonde avant l'opération. J'ai commencé par la lui placer dans la narine pendant deux heures ; puis je l'ai laissée quatre heures et ainsi de suite jusqu'à la tolérance complète, qui survint au bout de huit jours. Je procédai alors à l'opération, et une sonde en caoutchouc rouge

n° 18 fut établie à demeure. L'alimentation se fit exclusivement par cette voie, et elle continue à se faire ainsi. Le résultat est satisfaisant. Il n'y a pas de fièvre. La plaie se déterge vite ; hier, il s'est produit une petite hémorrhagie secondaire insignifiante. Je pense que la préparation à laquelle j'ai soumis mon malade est pour beaucoup dans la tolérance de la fosse nasale et de l'œsophage à l'égard de la sonde. » Trélat regrette de n'avoir pas connu plus tôt ce procédé pour l'appliquer à deux de ses opérés, qui sont morts d'inanition et qu'il aurait pu certainement sauver par ce moyen.

Du reste, il serait pernicieux de nourrir les malades par la bouche, même avec le biberon auquel on adapte un tube de caoutchouc que Polaillon a employé dans un cas dont nous parlons en faisant la description de son procédé. La sonde à demeure a l'avantage de distraire la bouche du tube digestif. L'alimentation par cette voie apporterait probablement des germes infectieux et ne permettrait pas à la plaie linguale de parfaire sa cicatrisation.

CHAPITRE IV.

Description du procédé de Walter Whitehead. — Ses avantages pendant et après l'opération.

Le procédé de Whitehead que nous avons vu exécuter plusieurs fois par M. Tédénat nous paraît présenter de nombreux avantages et n'avoir peut-être pas assez attiré l'attention des chirurgiens jusqu'à nos jours.

Voici comment nous l'avons vu exécuter dernièrement chez un malade dont nous relatons l'observation.

Après une piqûre d'atropo-morphine dans la région fessière, toilette de la barbe, lavage de la bouche avec l'irrigateur d'Es-march, la tête étant légèrement inclinée en avant, le malade est anesthésié sur sa demande. Le chloroforme lui est administré. La trachéotomie faite, une canule ordinaire est mise à demeure.

On enfonce dans l'arrière-gorge un gros tampon de gaze iodo-formée, au milieu duquel on a attaché un fil qui pend hors de la bouche.

1^{er} temps. *Libération de la langue.* — La langue étant attirée au dehors avec une pince de Museux, avec une aiguille de Reverdin, le chirurgien passe un gros fil double de soie à 2 centim. de la pointe de la langue. Le milieu du fil forme donc une anse dans laquelle on passe les deux extrémités du fil

accolées, qui sont ensuite confiées à un des meilleurs aides. La langue est alors attirée hors de la bouche, la pointe dirigée en haut, en avant et à gauche. Le chirurgien, la bouche du patient étant tenue largement ouverte avec un baillon quelconque (de Whitehead, de Heister, etc.) ou par les mains d'un aide, coupe le pilier antérieur droit du voile du palais avec des ciseaux droits et mousses à leur extrémité. Puis l'aide fait une traction soutenue sur le fil passé à travers la langue, dirige la pointe de cet organe en haut jusqu'au lobule du nez, mais cette fois à droite.

Le chirurgien coupe alors le pilier antérieur du côté gauche.

A ce moment, presque toute la langue sort hors de la bouche, et chez un individu non endormi et qui se livre, l'os hyoïde arrive dans la cavité buccale. Le frein de la langue est coupé ainsi que le génio-glosse à son insertion.

2^e temps. *Torsion des artères linguales.* — Avec les doigts et les ciseaux, on avance lentement entre le génio-glosse et le génio-hyoïdien à la recherche de l'artère linguale du côté droit.

Une fois trouvée, ce qui est relativement facile, elle est saisie avec une pince qu'on laisse à demeure. A 1 centim. à gauche de cette artère, on recherche la linguale du côté gauche. On la trouve après avoir déchiré quelques fibres musculaires. L'artère est saisie avec une nouvelle pince de Péan. Les adhérences de la langue au plancher buccal sont détachées à coups de ciseaux jusqu'à ce qu'on atteigne l'os hyoïde, auquel la langue est encore fixée.

3^e temps. *Section frontale de la base de la langue.* — Le chirurgien ordonne à son aide de tirer fortement sur le fil passé à travers la pointe de la langue, et il coupe peu à peu de droite à gauche avec ses ciseaux parallèlement à l'os hyoïde et à 1 centim. en avant de cet os. Il rencontre là une artère, l'artère dorsale de la langue, qu'il pince immédiatement. Puis du côté droit et touchant presque l'os hyoïde, il met transversalement

à la base de la langue une pince courbe à mors, qu'il serre assez fortement. C'est une garantie nouvelle contre l'hémorrhagie. Il continue alors de couper la langue, en avant de cette pince, de droite à gauche. Puis il passe un fil dans le moignon de langue qui reste, en se servant du porte-aiguille de Pozzi par exemple et après l'avoir soigneusement noué, il le confie à l'aide qui tenait le fil passé au niveau de la pointe de la langue. Le chirurgien achève alors la section de l'organe, enlève la pince courbe qu'il venait de placer. Si l'aide a le soin de faire une forte traction sur le moignon, au moyen du fil qui lui a été confié, on ne voit pas une goutte de sang. En relâchant un peu cette traction, l'artère dorsale gauche de la langue donne un peu. Le chirurgien la pince immédiatement. Du reste, si l'action du fil est insuffisante pour assurer l'hémostase, on peut avoir à sa disposition une pince tire-balle américaine pour saisir le moignon de la langue. Ce fut l'expédient auquel a eu recours M. Tédénat dans la dernière opération que je lui ai vu faire. En somme, je puis dire que l'hémorrhagie a été insignifiante dans le cas auquel je fais allusion en ce moment et dans celui de l'an passé. Ce dernier malade, que j'ai revu dernièrement et qui n'avait presque pas été anesthésié, a été étonné du peu de sang qu'il a perdu.

A la fin de l'opération, on a enlevé avec des pinces le tampon de gaze iodoformé mis au début de l'opération dans l'arrière-gorge, et on l'a remplacé par un autre semblable. On a bourré ensuite la bouche de gaze iodoformée.

Le malade peut dès lors être emporté sur un brancard, ayant la canule dans la trachée, maintenue en place par des fils noués derrière la nuque. De la gaze iodoformée est placée devant l'orifice de la canule pour tamiser l'air avant son entrée dans le poumon. Les 4 pinces à forcipressure (2 pour les linguales, 2 pour les artères dorsales) de la langue, ainsi que 1 ou 2 autres ayant servi à pincer des artérioles, sont laissées à demeure jusqu'au lendemain. Le fil qui a servi à transfixer le moignon reste

aussi en place pendant 24 heures. Le malade est couché dans son lit, la tête soulevée par un coussin.

En tout, cette opération n'a pas duré plus de 8 minutes. Chez le malade opéré le 1^{er} avril 1895 et dont je relate l'observation, on ne fit pas de trachéotomie, et par conséquent on ne mit pas le tampon de gaze iodoformée au fond de l'arrière-gorge. On se contenta de tasser de la gaze dans la bouche.

Si on a mis le tampon dans l'arrière-gorge, on ne doit pas l'enlever avant le septième ou le huitième jour après l'opération, car on risquerait de détruire les bourgeons charnus en pleine formation et par conséquent de produire une hémorrhagie secondaire.

Whitehead recommande de badigeonner la plaie après l'opération avec un vernis spécial composé de teinture de benjoin, d'iodoforme et de térébenthine. Grâce à ce vernis, le malade pourrait avaler facilement les liquides dès le lendemain de l'opération. Je dois avouer cependant n'avoir jamais vu M. Tédénat user de cette pratique dans son service.

AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ PENDANT L'OPÉRATION.

Nous avons répété à satiété que les deux desiderata des chirurgiens pour l'ablation d'une langue atteinte d'épithélioma étaient :

1° D'enlever tout l'organe.

2° D'éviter une forte hémorrhagie capable d'entraîner l'asphyxie du malade.

Pour satisfaire à ces deux conditions, nous avons vu les chirurgiens s'ingénier à qui mieux mieux pour se donner du jour et faire ainsi une hémostase facile et rapide. On voulait pouvoir placer rapidement des ligatures sur toutes les artères qui donnaient. On imagine alors une foule de procédés, faisant tous des brèches énormes. Tout cela ne leur suffit pas. Quelque peu

craintifs de ne pas pouvoir se rendre maîtres de l'hémorrhagie, nous avons vu les plus célèbres chirurgiens faire la ligature préalable des linguales (Billroth) et de la carotide externe (Verneuil).

Au contraire, avec le procédé de Whitehead, on ne lie les artères ni avant, ni pendant l'opération, on se contente de les pincer avec sécurité et sans embarras. On évite ainsi la création de deux plaies sur les côtés du cou qui constituent toujours, il faut bien le dire, une porte ouverte à l'infection. Ici, à condition d'avancer avec un peu de prudence, après avoir sectionné le frein de la langue, on pince facilement les artères linguales. La forcipressure des artères dorsales serait sans doute bien moins aisée, mais elle est rendue bien plus facile par la présence de la pince courbe mise à la base de la langue et surtout par la traction avec le fil passé au niveau de la pointe.

C'est là un artifice qui a bien sa valeur. Les artères sont ainsi étirées comme du caoutchouc, et leur lumière s'oblitére par ce fait même. Je reconnais pourtant sans peine, avec beaucoup d'auteurs, qu'il faut s'armer d'un grand courage et d'un grand sang froid. Cependant un chirurgien, qui n'est pas à ses premiers essais peut, grâce à l'emploi 1° de la pince, 2° du fil de traction, agir avec assez de sécurité.

Quand il aura fait la trachéotomie, le praticien sera encore plus armé contre l'hémorrhagie, puisqu'il aura eu le soin de mettre un gros tampon de gaze dans l'arrière-gorge destiné à absorber le peu de sang échappé à sa célérité. Des aides avec des porte-éponges pourront également enlever le sang qui se collectera entre la joue et la langue, si l'on prend la précaution de faire incliner la tête du patient sur le côté. Voici du reste le témoignage de Chalot à ce sujet (*Traité de médecine préparatoire*): « D'après l'expérience d'autres chirurgiens anglais, il paraît que l'amputation de la langue faite par ce procédé n'est pas aussi exsangue que le prétend Whitehead et qu'on est par-

fois plus ou moins gêné dans l'exérèse par l'abondance du sang.

Pour mon compte, je n'ai encore employé qu'une fois le procédé de Whitehead, et cela pour l'amputation de toute une moitié de la langue. Je dois dire que l'artère linguale a été facile à forcipresser et à lier et que l'opération s'est ensuite continuée presque à sec, en quelques secondes. Dans ce cas, avant de diviser les attaches du côté malade comme dans le premier temps du procédé de Whitehead, j'ai sectionné la langue sur la ligne médiane avec les ciseaux jusqu'au devant de l'épiglotte. C'est là, du reste, ce qu'a fait également et ce que recommande Jacobson pour l'hémi-amputation sagittale de la langue. » Nous verrons bientôt la même opinion émise par Jacobson.

Quant à l'ablation complète de la langue, elle est possible avec le procédé que nous décrivons, aussi bien qu'avec tous ceux que l'on connaît. En effet la section des piliers antérieurs, celle des génio-glosses, la dissection du plancher buccal entre le génio-glosse et le génio-hyoïdien, permettent à l'aide qui tire sur le fil passé en anse au niveau de la pointe de la langue d'attirer cet organe presque en entier en dehors de la bouche. En tout cas, l'os hyoïde remonte presque en pleine cavité buccale, et le chirurgien peut mettre la pince courbe au ras de l'os, pour peu que le patient ne résiste pas trop. On peut donc par ce procédé disséquer tout le plancher de la bouche, s'il était quelque peu envahi par la néoplasie, et les méthodes sus-hyoïdiennes ne permettent jamais d'enlever la langue à sa base comme celle dont nous parlons.

Les méthodes sus-hyoïdiennes, dit-on, vont permettre d'enlever les ganglions sus-hyoïdiens et le curage de la glande sous-maxillaire. Je répéterai ici ce que j'ai dit ailleurs. Quand les ganglions sous-maxillaires sont envahis, il est fort à craindre que des ganglions inaccessibles, tributaires eux aussi de la langue comme le sont certains ganglions placés au voisinage du

larynx, ne soient également envahis déjà par la néoplasie. On enlève donc les ganglions sous-maxillaires, mais peut-on jamais être sûr d'avoir enlevé tout le mal? Du reste, si on met en usage la méthode de Kocher, c'est-à-dire si on ne fait un volet que d'un seul côté de la région sus-hyoïdienne, les ganglions du côté opposé restent intacts. Or, nous savons que, même lorsqu'un seul côté de la langue est malade, les ganglions du côté opposé ne sont pas toujours indemnes. Je ne parle pas en ce moment des dangers de ces opérations et de leur effrayante mortalité.

Il me semble donc avoir démontré que l'hémorrhagie par ce procédé n'est pas trop redoutable et que l'ablation entière de la langue est possible. De plus la simplicité de ce mode opératoire, qui ne fait presque pas de délabrement si on le compare à tous les autres, plaide encore en sa faveur, puisqu'il en a tous les avantages sans en présenter les inconvénients. L'opération dure à peine 8 à 10 minutes; la guérison est parfaite le plus souvent en deux semaines.

AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ VIS-A-VIS DES ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.

Ce procédé, si avantageux au point de vue de l'opération elle-même, est bien supérieur à tous les autres pour assurer la guérison définitive du malade.

Nous avons parlé, en traitant des accidents post-opératoires, des hémorrhagies secondaires qui, nous le savons, sont fonction d'une infection. Mais il me semble qu'ici le fait même de ne pas avoir créé de foyer anfractueux facilitera singulièrement l'antisepsie. On n'a même pas besoin de mettre de drain à la partie inférieure de la plaie; la gaze iodoformée, renouvelée deux fois par jour et les irrigations antiseptiques faites dans l'intervalle des pansements rendront la plaie complètement aseptique. On évitera ainsi par cela même ces longues fistules intarissables de la

région sus-hyoïdienne, accident qui se produisit chez un malade de M. Dubrueil, comme l'a relaté M. Forgue dans son traité.

Les pneumonies septiques seront elles-mêmes le plus souvent évitées, puisque leurs facteurs principaux seront absents. On ne fait pas, en effet, ici la section des muscles géniens dont l'action à l'état normal est de permettre l'obturation complète du larynx par l'épiglotte. L'antisepsie, je le répète, sera faite facilement, puisque la plaie n'offrira presque pas d'inégalité. Le bourrage du pharynx avec un gros tampon de gaze et la trachéotomie, quand on aura usé de ces moyens donneront encore plus de garantie à l'opéré contre l'infection.

Quant à l'inanition, que M. Verneuil a si heureusement essayé de combattre par l'usage de la sonde à demeure, on n'aura presque pas ici à s'en occuper. En effet, la plaie va demander à peine quelques jours pour se cicatriser. Nous n'irons pas jusqu'à dire, avec Whitehead, que sous le vernis protecteur térébenthino-iodoformé, le malade pourra s'alimenter dès le lendemain par la bouche avec des liquides, mais deux ou trois jours de lavements nutritif *per anum* vont suffire pour permettre aux bourgeons charnus d'apparaître. Dès lors, pas n'est besoin de soumettre son malade à un exercice quelque peu répugnant, nécessaire cependant, pour l'habituer à l'usage de la sonde à demeure, quelques jours avant l'opération. Si le malade ne peut pas supporter la sonde parce qu'on aura négligé cette pratique les jours précédents, le biberon armé d'un tube en caoutchouc, suivant la pratique de Polaillon, sera suffisant et ne risquera pas d'apporter l'infection, puisque la plaie sera en voie de guérison. Il n'est pas bien utile d'ajouter que cette pratique est impossible avec les procédés sus-hyoïdiens et maxillaires.

Whitehead annonce que les résultats de ses opérations pour les cancers de la langue pendant les vingt dernières années précédentes (2 mai 1891, *British medical Journal*) sont les suivants : sur 139 opérés il a eu 119 rétablissements et 20 morts, ce qui

donne une mortalité de 14,3 %. Cependant, pour être juste, il défalque de ces 139 cas 10 cas heureux opérés par l'anse galvanique. Il exclut également 25 excisions partielles suivies de succès et faites avec des ciseaux. Cela permettra ainsi de mieux comprendre les mérites de son opération, car, dit-il, il n'est pas raisonnable de mettre en parallèle les excisions totales et les excisions partielles. Dans ces deux derniers cas en effet, les risques et les difficultés ne sont certainement pas identiques. Ce qui fait alors qu'il réduit ainsi le nombre de ses excisions totales à 104. Parmi ces opérés, 20 ont succombé. La mortalité s'élève donc de 14,3 % à 19,21 %.

Voici son tableau :

Total des cas d'excision de la langue toute entière avec des ciseaux

104

Rétablissements 84				Morts 20					
Excision par la voie buccale				Excision pré- cédée de laryngotomie ou trachéotomie		Excision par la voie sus-hyoïdienne		Section ou résection du maxillaire	
Simple incision		Excision avec ablation du plancher, de la bouche, des amygdales et des glandes		9		9		7	
66		13							
rétablis	morts	rétablis	morts	rétablis	morts	rétablis	morts	rétablis	morts
63	3	9	4	7	2	2	7	3	4

Dans ce même journal, on lit encore :

« On peut grossièrement estimer que la mortalité de la simple excision de la langue s'élève seulement à 4 %, puisque, sur mes 66 malades, 3 seulement ont succombé.

»Maintenant je crois devoir insister sur les particularités de ces 3 malades qui moururent. Tout d'abord, le plus jeune avait 56 ans et le plus vieux 70. L'âge moyen des trois est 64 L'un

d'eux était un homme atteint de phtisie à une période avancée. Il mourut le second jour de la rupture d'un abcès pulmonaire. Un autre mourut le douzième jour de syncope, alors que le plancher de la bouche était complètement guéri, et le troisième était une femme âgée de 70 ans qui mourut le dix-huitième jour d' inanition. Si nous prenons en considération les âges et les causes de la mort dans ces cas, je pense que les statistiques montrent le peu de danger qu'il y a à enlever la langue, quand l'opération n'est pas compliquée de l'ablation des parties voisines.

» Je pense que je dois établir, pour me rendre justice, que dans ma pratique, j'ai opéré sans distinction de cas et que je n'ai jamais considéré l'étendue du mal ou l'émaciation du patient, pour refuser une opération, quand j'ai cru pouvoir prolonger la vie ou même donner un soulagement temporaire au malade. »

C'est qu'en effet le procédé de Whitehead peut encore être employé pour faire un traitement palliatif. Un malade souffre déjà beaucoup, il a de gros ganglions dans la région carotidienne, on désespère, à juste titre, de lui prolonger la vie. Le traitement palliatif (ligature des linguales, section du nerf lingual), ne pourra pas toujours satisfaire le malade. Dans ces cas, le devoir du chirurgien est encore de soulager la douleur du malheureux patient. On ne peut nullement songer à le guérir, mais on pourra au moins ainsi lui permettre de mourir sans souffrances, sans être empoisonné par sa plaie et sans être un objet de dégoût pour son entourage.

Voilà un bienfait de ce procédé que nous n'obtiendrons pas aussi bien avec les procédés sus-hyoïdiens et sous-maxillaires, qui demandent beaucoup de temps pour la guérison définitive de la plaie.

Il est bon d'ajouter que, si le mal était moins étendu, s'il n'y avait que quelques ganglions sous-maxillaires à peine envahis, on pourrait, une dizaine de jours après avoir fait l'incision de la langue par la voie buccale, faire une incision complémentaire au

niveau de la région sus-hyoïdienne pour enlever les ganglions. Le malade aurait alors quelques chances d'une longue survie.

En outre, les opérés sont sur pied, après une ou deux semaines et ne sont pas épuisés par la souffrance jusqu'au jour où apparaît la récurrence. Les survies sont aussi longues par ce procédé qu'avec les autres. Nous n'oserons pas en effet compter sur une survie de 3 ou 4 ans, si les ganglions sous-maxillaires et le plancher de la bouche sont envahis.

Je pense que toutes ces véritables guérisons que l'on connaît dans la science ne doivent se rapporter, dans l'immense majorité des cas, qu'aux épithéliomas peu étendus.

REMARQUES SUR L'ABLATION DE TOUTE LA LANGUE AVEC DES CISEAUX PAR LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD (Jacobson, *The Lancet*, 14 avril 1883).

Je me propose de citer les principaux détails du procédé de Whitehead, d'ajouter quelques remarques qui m'ont été suggérées par l'expérience que j'ai de ce procédé et ensuite de le comparer avec les autres méthodes.

I. « La bouche est aussi largement ouverte que possible avec un baillon de Mason ou tout autre approprié. Cette partie importante de l'opération est confiée à un des assistants requis ».

La position du patient pendant cette opération est d'une grande importance. En principe, on devra tourner la tête bien vers un côté. Ainsi le sang se collectera facilement entre la joue et la gencive de ce côté, et un assistant tirant avec un doigt l'angle de la bouche, épongera fréquemment le sang, aussitôt qu'il se collectera en dedans de la joue. Les éponges seront petites, parfaitement propres, tirées chaque fois du liquide gelé de Condy, assujetties promptement aux porte-éponges et promptement remplacées. L'aide à qui on a confié le baillon, nettoiera de temps en

temps, mais avec des éponges plus larges, le fond de la gorge pour la débarrasser du sang.

De quelque manière qu'on s'y prenne pour enlever la langue, l'opération est d'habitude compliquée tout d'abord par la dyspnée. Il suffira généralement de s'armer d'un peu de patience et d'ôter le baillon le temps nécessaire pour que le patient ait le temps de se remettre.

Le chloroforme est d'habitude indiqué chez les malades qui ont atteint l'âge où l'épithélioma de la langue est généralement opéré. L'éther, en augmentant la sécrétion de mucus, ajoute à la dyspnée qui, pour une raison ou pour une autre, apparaît dans ces opérations. Il va sans dire que cet anesthésique sera évité surtout dans le cas où le chirurgien est amené à faire seulement un usage partiel des ciseaux et à séparer la racine de la langue avec le thermo-cautère.

Si la position de la tête du malade, bien tournée vers un côté, n'est pas trouvée satisfaisante, le patient sera soutenu debout et le menton abaissé en avant, de façon à attirer le sang hors de la gorge. Cette position sera toutefois moins favorable à l'opérateur. Elle est moins sûre pour un patient sous l'influence d'un anesthésique durant une opération sérieuse. Elle ne permet pas aussi facilement d'éponger la collection de sang, comme nous l'avons mentionné plus haut.

Je demande encore la permission de dire une ou deux choses qui peuvent paraître évidentes. Pour moi, la méthode le Whitehead est de beaucoup la plus simple et celle qui offre le plus de garanties de succès. Cependant il est hors de doute qu'elle exige du sang-froid et une énergie spéciale de la part de l'opérateur. Les aides doivent être tout entiers à leur travail, pour assurer le service avec promptitude. Un bon éclairage est indispensable et les spectateurs ne doivent pas gêner l'opérateur.

II. « La langue est tirée hors de la bouche par une double ligature, passée à travers son tissu, à un pouce de la pointe. Cette

ligature est confiée au second assistant. On lui recommandera de maintenir pendant toute l'opération une constante traction en dehors et en haut ».

Le chirurgien se rappellera que l'orifice supérieur du larynx est agrandi par la traction sur la langue dans cette direction. Aussi l'entrée du sang dans les bronches étant ainsi facilitée, les aides devront être toujours prêts à éponger l'intérieur de la bouche et le fond de la gorge. Dans les deux cas où j'ai employé ce procédé, j'ai préféré tenir moi-même les ligatures. Il est ainsi plus facile de manœuvrer dans la cavité buccale, et on opère mieux la ferme traction en haut qui sert à arrêter l'hémorrhagie des petits vaisseaux dans le tissu de la langue.

III. « Le chirurgien commence par couper toutes les attaches de la langue au maxillaire, aux piliers antérieurs du voile du palais, d'après la méthode indiquée par J. Paget, avec une paire de ciseaux droits ordinaires ».

IV. « Les muscles attachés à la base du maxillaire sont coupés en travers par une série de petits coups de ciseaux, jusqu'à ce que la langue soit complètement détachée du plancher de la bouche, aussi loin en arrière qu'on le pourra, tout en respectant l'épiglotte.

V. Les artères linguales et quelques autres artéριοles sont tordues aussitôt que coupées. Généralement, une pression d'un moment avec un petit morceau d'éponge, tenu dans un porte-éponge, suffit temporairement, sinon pour toujours, à arrêter un petit suintement de sang. Il vaut mieux cependant tordre de suite, ou après l'ablation de la langue, chaque petit vaisseau qui saigne ».

Le chirurgien doit ici suivre les indications de M. Whitehead à la lettre. Si l'opérateur emploie une paire de ciseaux courbes sur le plat, ceux-ci s'engageront profondément dans le plancher de la bouche, et des hémorrhagies nouvelles risqueront de se produire.

Les ciseaux seront parfaitement droits et aiguisés jusqu'aux pointes, qui seront émoussées, pour ne pas s'engager dans les parties molles et rendre la section des tissus plus pénible.

Mes deux cas m'ont démontré la justesse des remarques de M. Whitehead. En faisant incliner la tête du patient et en exerçant une traction sur la langue, on évite le danger de l'hémorrhagie. Aussitôt que la muqueuse du plancher de la bouche et les palato-glosses sont divisés, la langue est presque tout entière sous les yeux du chirurgien. Dans mes deux cas, les artères ranine et linguale, seulement sur le côté gauche, exigèrent la torsion ; l'hémorrhagie des vaisseaux correspondants sur le côté droit de la langue fut facilement arrêtée par une énergique spongio-presure. Dans un cas, j'eus quelque difficulté à tordre la linguale gauche, étant donné la mollesse des tissus. Ce vaisseau et les tissus voisins furent transpercés par un tenaculum, et une ligature de soie fut appliquée et coupée court. Dans aucun cas il n'y eut la plus petite hémorrhagie immédiate ou secondaire, quoique, comme je l'ai déjà dit, les deux malades fussent des sujets défavorables pour l'opération. Leur épithélioma était déjà ancien, les ganglions étaient envahis. En outre, mes deux opérés étaient des syphilitiques avérés.

Dans cette opération, le chirurgien se munira d'un tenaculum, de pinces à forcipressure et de ciseaux. C'est très utile non seulement pour arrêter l'hémorrhagie, mais encore pour extirper les morceaux suspects du plancher de la bouche ; pour les enlever avec les ciseaux, le tenaculum les tient comme une sorte de forceps. Il a de plus l'avantage d'être petit, facile à manier et peu encombrant. Dans les cas où, après l'ablation de la langue, on redoute une hémorrhagie, on aura toujours un tenaculum à la portée de la main.

VI. « Un simple fil de soie est passé à travers les replis glosso-épiglottiques, afin d'attirer en avant le moignon de la langue et d'arrêter ainsi les hémorrhagies secondaires, si elles se pro-

duisaient. Cette ligature peut être enlevée sans danger le lendemain de l'opération. Comme ce fil est une source d'ennuis pour le malade, on fera toujours bien d'adopter cette règle ».

Je ne pris cette précaution dans aucun cas, et je n'eus pourtant jamais la plus petite hémorrhagie secondaire. Cette ligature ne cause pas seulement, comme Whitehead l'avoue, un grand ennui au patient. La soie devient rapidement sale, et par sa seule présence tend à irriter des tissus qui sont maintenant extrêmement sensibles.

Voici les deux observations dont parle Jacobson (*The Lancet*, 14 avril 1883) :

Un de mes malades avait 49 ans, le second 57 ans. Chez tous les deux, le mal de langue était ancien. Ainsi le premier avait eu une petite plaie sur la langue, produite 28 ans auparavant par une pipe qui s'était cassée dans sa bouche

Depuis ce temps, il ressentait une douleur dans la langue, surtout après qu'il avait fait des excès de tabac ou de boisson. Une longue fissure profondément creusée, ulcérée, occupait le milieu et le tiers postérieur de la langue du côté droit. Il y avait aussi de nombreuses plaques sèches de nature leucoplasique. L'ulcère s'étendait si loin en arrière, il était si douloureux, qu'il fallait administrer un anesthésique au malade pour pouvoir se rendre compte de sa limite postérieure. On aurait eu une grande difficulté à faire passer la chaîne de l'écraseur au delà du mal, et même si on l'avait fait, la chaîne, une fois serrée, aurait certainement glissé tout près de l'ulcère, ce qui aurait pu occasionner une hémorrhagie dangereuse. En ceci, la supériorité du procédé de M. Whitehead était bien frappante, car il permet au chirurgien de choisir sa ligne de section de la langue et de la tracer franchement au delà du mal.

Dans le second cas, le mal durait aussi depuis longtemps. Une plaie avait apparu sur le côté droit de la langue vingt ans avant son admission dans mon service. Ce mal guérissait, puis reparaisait de nouveau à des intervalles de temps variables. Depuis seize mois

L'ulcère n'avait plus disparu. Il avait augmenté constamment. Le jour de l'entrée du malade, il avait à peu près un pouce et demi de long. Il occupait principalement le tiers moyen de la langue, était très douloureux et saignait facilement, si on le touchait.

La face supérieure de la langue portait de nombreuses traces de cautérisation.

Dans les deux cas, il y avait une hypertrophie ganglionnaire.

Dans le premier cas, elle était surtout marquée du côté droit; dans le deuxième cas, il y avait une légère hypertrophie des ganglions sous-maxillaires des deux côtés.

Ainsi, eu égard à la longue durée du mal, à l'envahissement ganglionnaire, à l'infection syphilitique, aucun des deux cas n'était favorable pour l'opération.

Le premier malade fut opéré le 1^{er} décembre 1881 et quitta l'hôpital le 4 janvier 1882, éprouvant un grand soulagement depuis l'ablation de sa principale source de peine. Les glandes du cou, qui, comme il a été déjà dit, étaient augmentées de volume avant l'opération, ne comportèrent pas d'intervention, et le malade mourut des effets de l'ulcération toujours croissante.

Dans le second cas, l'opération fut faite le 25 avril 1882. Le malade quitta l'hôpital le 30 mai. Les ganglions, qui étaient également augmentés de volume suppurèrent, puis s'affaissèrent. Mon vieil ami, le docteur Eustes de Folkestone, qui m'avait envoyé le cas, me dit que le patient fut capable de faire son travail jusqu'au milieu de décembre 1882 et qu'en janvier 1883 il succomba à la suite de l'augmentation de volume des ganglions et de leur pression sur la trachée et l'œsophage. Le docteur Eustes ajoute: « Il éprouvait une douleur insignifiante comparée à celle dont il souffrait avant l'opération. »

Dans les deux cas, l'anesthésie ne provoqua presque pas de dyspnée. L'hémorrhagie fut insignifiante grâce aux précautions mentionnées ci-dessus.

Les deux premiers jours, la plaie fut couverte avec une couche épaisse de vernis hémostatique. Dès lors les bourgeons charnus se développèrent rapidement.

Dans le premier cas, après la fin de l'opération, je badigeonnai le

plancher de la bouche avec une solution de chlorure de zinc pour diminuer la fétidité. Cette précaution était superflue. Je crois même que cette cautérisation fut pernicieuse et causa une certaine irritation cellulaire qui retarda le rétablissement du malade et augmenta l'hypertrophie glandulaire qui existait avant l'opération.... Le moyen le plus efficace et le moins douloureux pour nettoyer la bouche dans de tels cas consiste à se servir souvent du liquide glacé de Condry au moyen du siphon-douche du docteur Tudichum modifié. »

Première Observation.

(Inédite.)

Recueillie dans le service de M. le professeur TÉDENAT.

F... E. ., âgé de 50 ans, d'une très bonne constitution apparente, entre le 26 mars 1895 dans le service de M. Tédénat.

Il raconte qu'il y a environ 7 mois, commença à apparaître sur le bord gauche de la langue une petite érosion qui dura trois mois et disparut ensuite. Mais, bientôt après, apparut sur le bord droit un petit bouton qui persiste encore. Aujourd'hui le bouton est ulcéré à peu près à égale distance de la pointe et de la base de la langue. Sa dureté, ses bords surélevés et durs, son aspect grisâtre, les globules de pus (vermiformes de Virchow) que l'on fait sortir par la pression caractérisent, dit M. Tédénat, cette tumeur. Pas de leucoplasie. Pas de ganglions perceptibles dans la loge sous-maxillaire.

Depuis quelques temps il éprouve une douleur sourde, mais continue au niveau de son mal. Il accuse également de légers accès d'otalgie. Il a de la difficulté pour avaler et pour parler.

Il n'accuse pas de rhumatisme dans ses antécédents; mais sa mère souffrait beaucoup de toutes les jointures. Il ne semble pas avoir eu de syphilis.

Le médecin qui l'a soigné lui a cautérisé légèrement la langue, ce qui lui calmait, disait-il, la douleur momentanément. Il a pris également de l'iode, mais tout cela sans en retirer le moindre avantage.

Le 1^{er} avril, le malade est opéré. Pas de trachéotomie. Légère

anesthésie presque insignifiante. A travers la langue, attirée au dehors avec une pince de Museux, M. Tédénat passe un fil au moyen de l'aiguille de Reverdin.

Un aide qui tire sur cette ligature en haut et en dehors assure l'hémostase. Le frein de la langue est débridé, les piliers antérieurs du voile du palais coupés, et deux grosses pinces, mises de chaque côté, compriment la base de la langue. Le long des pinces, la langue est sectionnée à coups de ciseaux. Il s'écoule peu de sang, malgré les cris que le malade ne cesse de pousser. Le patient se met sur son séant et crache dans un vase. Au niveau de la ligne de section, on place de nombreux points de suture. L'opération terminée, il reste dans la bouche, une seule pince à forcipressure. On fait asseoir le malade, et il se gargarise avec du rhum. On laisse la pince à demeure par précaution, bien qu'à la rigueur il soit possible de l'enlever. On recommande au malade de ne faire aucun effort de phonation ou de déglutition. On tasse de la gaze iodoformée, dans la bouche.

M. Tédénat ordonne un lavement avec : lait, jaune d'œuf et 10 grammes de poudre de peptone.

Quelques jours après, le malade demande la permission d'aller écouter la musique militaire. Il sort de l'hôpital le 11 avril 1895.

Voici ce qu'il me répondait le 3 juillet 1896, à une lettre que je lui avais adressée : « Depuis quelques jours, il m'est venu une glande au cou qui ne veut pas se fondre et que probablement, au dire des médecins du pays, je serai obligé de faire opérer... La langue va bien, je mange et parle assez facilement. »

J'ai pu revoir dernièrement le malade, sa santé est excellente, sa parole très intelligible. Il présente en effet à l'angle droit du maxillaire inférieur une glande qui est mobile sur les tissus sous-jacents. La peau qui recouvre la glande est à son tour indemne. »

Observation II.

(Inédite).

Recueillie dans le service de M. TÉDENAT et due à l'obligeance de son chef de clinique, M. REYNÈS.

S. L., ancien mineur, âgé de 62 ans, entre le 11 janvier 1896, à l'hôpital.

Pas d'antécédents notables.

Sa maladie actuelle a débuté, il y a 8 mois, par une petite ulcération sur le bord gauche de la langue, en un point irrité par un chicot dentaire, formant arête vive. Cette ulcération a augmenté sans cesse, a pris rapidement les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 centimes, puis s'est progressivement étendue. Actuellement, l'ulcération, surélevée, bourgeonnante, à fond saignant facilement, reposant sur une joue épaisse et indurée, s'étend principalement sur le bord gauche de la langue, sur une longueur de 4 centimètres et demi. Elle empiète un peu sur la face supérieure et inférieure.

Dans le voisinage du néoplasme, la langue est épaissie. Pas de ganglions. Les piliers sont intacts, le plancher buccal aussi. Depuis 3 mois, quelques douleurs intermittentes et assez vives dans la direction de l'oreille gauche. Etat général satisfaisant.

Urine ; hypoazoturie 7 gr. 90 pour 1000 cc. d'urine.

Opération, 16 janvier. Pas d'anesthésie. Pas de trachéotomie. Méthode des ciseaux de Whitehead. Ablation totale. Pincés à demeure. La plaie est soigneusement recouverte par la gaze iodoformée. Lavages fréquents au phénosalyl et gaze. Alimentation par la sonde œsophagienne passée par le nez pendant les premiers jours ; puis par la bouche. Enlèvement des pincés le 2^e jour.

26 janvier, le malade avale du lait. La plaie granule parfaitement. Gaze iodoformée.

30 janvier. Le malade parle assez bien ; on le comprend suffisamment. Il avale des soupes. La plaie est presque fermée. Sort le 30 janvier.

En juin 1896, les nouvelles du malade sont excellentes. (Renseignement fourni par M. Tédénat).

Observation III.

(Inédite).

C. J., âgé de 63 ans, est entré le 30 mai dans le service de M. Tédénat.

D'une excellente santé générale, quoique de maigre complexion, il paraît même plus vigoureux que ne le comporte son âge. Il nous dit qu'il n'a jamais eu de maladie sérieuse. L'an dernier seulement, il avait ressenti, dit-il, le long de la cuisse droite une douleur qui, partant de la région fessière, s'irradiait dans tout le membre. Il avait même remarqué des points particulièrement douloureux. A cette description, on reconnaît qu'il s'agissait sans doute d'une sciatique. Les douleurs furent vite calmées, grâce à une saison passée dans une station balnéaire. Cependant il accuse encore une douleur sourde qui ne le gêne guère. A part cette légère douleur, il n'a rien à nous signaler qui puisse nous faire songer à la diathèse arthritique. Dans sa famille, il n'y a pas eu de rhumatisme. Il nous est impossible de découvrir chez lui le moindre soupçon de syphilis. Il a eu des accès de fièvre intermittente. Ses enfants jouissent d'une bonne santé.

Il y a un an environ, il s'est aperçu de la présence d'une petite fissure sur le bord droit de la langue, à égale distance de la pointe et de l'amygdale.

Pendant 6 à 7 mois, le mal évolua très lentement. Le médecin appelé à le soigner, il y a un mois environ, cautérisa cette ulcération, ce qui ne fit, nous dit-il, qu'aggraver le mal et en augmenter l'étendue. Il lui fut alors ordonné de l'iodure qu'il prit pendant 15 jours. Aucune amélioration ne résulta de l'administration de ce médicament, probablement destiné à servir de pierre de touche. Quand on lui fait ouvrir la bouche, on remarque une mobilité très grande de la langue sur sa face supérieure et sur toute l'étendue jusqu'au niveau du V lingual un fin dépôt blanchâtre qui est adhérent à la muqueuse et qui donne au toucher une sensation rugueuse. Le malade ne s'est aperçu de cette leucoplasie, puisqu'il faut l'appeler

ler par son nom, que lorsque l'ulcération dont nous avons déjà parlé apparut sur le bord droit de la langue. Elle apparaît et disparaît dans l'espace de quelques jours, laissant à la place une surface d'une rougeur éclatante. Sur le bord droit de la langue, où siégeait la fissure, une dépression indurée forme un sillon très peu profond, mais large, n'empiétant presque pas sur la face inférieure de l'organe.

Tout autour de cette dépression, on sent une infiltration dure qui s'arrête en arrière à 1 centimètre des piliers, en avant à 1 centimètre de la pointe.

La muqueuse sur cette surface indurée est lisse. La ligne médiane n'est pas dépassée. L'haleine n'est pas fétide. Les dents ne sont pas cariées, le malade nous dit qu'il a été obligé il y a un mois de faire limer 2 ou 3 molaires, exubérantes sur le côté interne et à leur base, et qui par leur saillie venaient irriter son mal. Elles sont recouvertes d'un enduit noirâtre qui témoigne probablement de ses habitudes. Il avoue lui-même qu'il fumait, avant sa maladie, avec une pipe à tuyau court presque toute la journée. Les ganglions que nous recherchons au niveau des régions sus-hyoïdiennes et carotidiennes ne sont pas sensibles au toucher.

Pendant que nous l'interroignons, nous avons pu remarquer un bredouillement qui rendait sa parole difficilement intelligible. Il n'a jamais eu pourtant beaucoup de gêne pour la déglutition. Une salivation abondante qui l'oblige à cracher interrompt de temps en temps la conversation. Elle est apparue, nous dit-il, avec le mal. Jamais, dans la salive, il n'a pu remarquer la moindre trace de sang.

Depuis 10 jours environ, il éprouve de temps en temps, à l'oreille droite seulement, une douleur sourde qui ne dure pas. Outre cette otalgie dont il se plaint, il souffre d'une douleur beaucoup plus vive, apparaissant également par accès et se manifestant dans la langue même.

Il a été opéré le 8 juin. Cette opération nous a fourni le type de la description du procédé de Whitehead. Aussi n'en parlerons-nous pas. Nous dirons seulement que le malade était, le 28 juin, absolument apyrétique, après avoir présenté pendant son séjour à

l'hôpital des accès de fièvre intermittente réveillés par le trauma opératoire. Il n'avait jamais rien eu aux poumons.

La plaie buccale était dans un état parfait de cicatrisation. Malheureusement, le choléra nostras, dont on pouvait voir des cas dans presque tous les services, emporta en peu de temps le malade. Quelques jours auparavant, il se réjouissait presque à la pensée qu'il allait pouvoir parfaire en ville sa guérison.

CONCLUSIONS

L'épithélioma de la langue est une néoplasie dont l'évolution est très rapide, puisqu'en 10 à 12 mois les malades qui en sont atteints et qui ne sont pas opérés succombent.

Le traitement médical (cautérisations, mercure, iodure, etc.) n'est pas seulement inefficace, il est dangereux.

On a pu par un traitement chirurgical obtenir de longues survies de 5, 6, 7, 8 ans, etc., mais toujours une survie d'une moyenne de 10 mois.

Des guérisons ayant duré plusieurs années se sont produites chez des malades qui ont été opérés quelques mois à peine après l'apparition du cancroïde. Chez les autres, on a vu survenir le plus souvent une récurrence rapide.

Quand les ganglions carotidiens et l'arrière-gorge sont envahis, le traitement chirurgical est contre-indiqué. La récurrence est certaine. Le traitement chirurgical palliatif est seul de mise.

Si les ganglions sous-maxillaires sont envahis manifestement et que le cancer soit limité à la pointe de la langue, on pourra essayer le traitement de Kocher ; mais la récurrence est à peu près certaine. Aussi, peut-être à cause de l'effrayante mortalité due à l'opération elle-même, fera-t-on mieux d'opérer par le procédé de Whitehead. La mortalité par les procédés maxillaires étant de 50 %, par les procédés sus-hyoïdiens de 25 %, par les procédés de Whitehead 4 %. — A la rigueur, on pourrait faire

dans ces cas, une incision complémentaire, quelques jours après pour enlever les ganglions malades.

Si les ganglions sous-maxillaires ne sont pas encore manifestement envahis, on peut espérer une longue survie à la suite de l'opération par le procédé de Whitehead.

Ce procédé est très avantageux, car l'hémorrhagie est peu à craindre pendant l'opération, et l'ablation complète de la langue peut se faire facilement. — Les accidents post-opératoires sont rares.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGER. — Thèse d'agrégation. Du cancer de la langue (Paris 1872).
- BELLAMY. — Thèse de Paris, mai 1888. Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général et du plancher buccal en particulier (avantages des sections osseuses),
- BOECKEL. — Gazette hebdomadaire 1863. — Traité des résections, traduit par le Dr Heyfelder. — Semaine médicale, 12 octobre 1882, pag. 168. — Congrès français de chirurgie, 1888, pag. 272.
- BUTLIN. — Maladies de la langue, traduit par le Dr Aigre 1889.
- CAPMAS. — Thèse de Paris 1866. Des opérations destinées à faciliter l'extirpation des tumeurs de la langue et du plancher de la bouche.
- CASTEX. — Revue de chirurgie 1886, pag. 136-151. Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche.
- CHALOT. — Manuel de médecine opératoire 1893.
- CHASSAIGNAC. — Traité de l'écrasement linéaire 1856, pag. 29-51.
- DESPREZ. — Gazette des hôpitaux, septembre 1885 (ligature lente par la voie sus-hyoïdienne).
- FARNER. — British medical Journal 1884, pag. 602.
- FEUILLETAUD. — Thèse de Paris 1885-86. Traitement chirurgical des cancers du plancher de la bouche.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de médecine opératoire.
- GOSSELIN. — Encyclopédie internationale de chirurgie 1885, tom. V, pag. 516 et tom. IV, pag. 858.
- GRELLETY. — Thèse de Bordeaux 1890-91. Du traitement actuel du cancer de la langue.

- JACOBSON. — The Lancet, 14 avril 1883 (Remarks on the Removal of the entire tongue With scissors by the Whitehead method). — *Americ journal of medical science* (1888 septembre), procédé de Whitehead.
- KOCHER. — Ueber Radicalheilung des Krebses (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1880. Band XIII, pag. 135).
- LABBÉ. — Académie de médecine, 25 juillet 1882.
- LANGENBECK. — Ueber extirpation des pharynx (*archiv. für Klinische chirurgie* 1880).
- LITTLE. — *Archiv. für Klinische chirurgie von Langenbeck*.
- LÖBKER (Karl). — *Traité de médecine opératoire* traduit par Hanquet, 1890.
- LOISON. — Thèse de Nancy 1884. Du traitement du cancer de la langue.
- MARGNAT. — Thèse de Paris 1877.
- MARSHALL. — The Lancet, 16 septembre et 25 février 1882 (procédé de Whitehead).
- MICHAEL. — Die permanente Tamponade der trachéa (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1882, tom. XXVIII, pag. 511).
- MOLLIÈRE (de Lyon). — *Cliniques chirurgicales* 1888.
- MONOD. — Société de chirurgie 1886, pag. 126, 140, 502, 570.
- PONCET (de Lyon). — Ligature préalable des 2 linguales dans l'ablation d'un épithélioma de la langue. *Semaine médicale*, 12 octobre 1882.
- RECLUS. — *Clinique et critique chirurgicales* 1884, pag. 358.
- RÉGNOLI. — *Gazette médicale de Paris*, 1838.
- SEDILOTT et LEGUEST. — *Traité de médecine opératoire*.
- SYMES. — The Lancet, v. II, pag. 88. 1877. — V. I 1865 et 1866.
- TRELAT. — *Gazette des hôpitaux*, 28 octobre 1888 et 17 novembre 1887. — Société de chirurgie, 1881.
- VERNEUIL. — Société de chirurgie 1880, pag. 619 et 664. — Id., séance du 2 mars. — Id. 1886 — Id. 1891.
- VIDAL DE CASSIS. — *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* 1861, 5^e édition, tom. III. pag. 583 et tom. I, pag. 503.

WHITEHEAD. — The Lancet, 8 décembre 1877 (description de son procédé). — British medical Journal, 2 mai 1891 (une centaine de cas d'excision complète de la langue). — The Lancet, v. II, pag. 2, 1879. — The Lancet, v. II, 22 octobre 1881. — The Lancet, v. I, pag. 710, 1882.

WÖLFLE. — Archiv für Klinische chirurgie 1881, tom. XXVI, pag. 314. Zur Geschichte und operativen Behandlung des Zungenkrebses von Dr Anton Wölfler. — Id., tom. XXVI, pag. 358 die operativen Resultate. — Id., pag. 386 Nachbehandlung. — Id., pag. 405 die todesfälle und ihre Ursachen. — Id., pag. 417, Ueber die Recidive. — Tom. XXVII des mêmes archives. Zur Wundbehandlung im Munde von Dr Anton Wölfler, pag. 418. — Id., Experimenteller theil von Dr Wölfler et Dr J. Paneth, pag. 438.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 juillet 1896.

Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
L. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 juillet 1896.

Le Doyen,
MAIRET.



SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
